

**UNIVERSIDADE FEDERAL DO RIO DE JANEIRO  
CENTRO DE FILOSOFIA E CIÊNCIAS HUMANAS  
ESCOLA DE SERVIÇO SOCIAL**

**Rafaela Mendes Soares**

**A INTEGRALIDADE NA ATENÇÃO À SAÚDE DAS USUÁRIAS  
COM CÂNCER DE MAMA NO HOSPITAL FEDERAL DE  
BONSUCESSO: REFLEXÕES SOBRE OS DESAFIOS DO  
SERVIÇO SOCIAL**

Rio de Janeiro  
2015

**Rafaela Mendes Soares**

**A INTEGRALIDADE NA ATENÇÃO À SAÚDE DAS USUÁRIAS  
COM CÂNCER DE MAMA NO HOSPITAL FEDERAL DE  
BONSUCESSO: REFLEXÕES SOBRE OS DESAFIOS DO  
SERVIÇO SOCIAL**

Trabalho de Conclusão de Curso apresentado à Escola de Serviço Social da Universidade Federal do Rio de Janeiro, como parte dos requisitos necessários à obtenção do grau de bacharel em Serviço Social.

Orientadora: Prof. Dr<sup>a</sup> Maria Magdala Vasconcelos de Araújo  
Silva

Rio de Janeiro  
2015

## **Agradecimentos**

Cinco anos se passaram e foram intensos cinco anos de aprendizados edificantes, troca de experiências, alegrias, greves e frustrações. Obviamente tenho muito a quem agradecer!

Agradeço primeiramente à minha condição socioeconômica. Ser mulher; pertencente de uma classe social desfavorável; vivenciado um ensino de péssima qualidade e; mãe solteira na adolescência me deu muito fôlego na vida para superar qualquer obstáculo e alcançar meus objetivos. Espero que isso permaneça presente em toda minha trajetória pessoal e profissional, refletindo no meu compromisso e qualidade com minha futura profissão.

Agradeço aos meus familiares: Lucineti e Jorge (meus pais); Aline, Larissa e Rafael (meus irmãos) e; Letícia (minha filha) que sempre me incentivaram, cada um de sua maneira e me serviram e servem de exemplo em diversos momentos da vida, me inspirando a nunca desistir dos meus sonhos. Sem vocês caminhada teria sido bem mais pesada e sofrida. Obrigada!

Mãe, obrigada por cada palavra, pelo suporte emocional e financeiro, por cada gesto, por ter me dado certos valores indispensáveis na minha formação pessoal. Sei que sem você não seria metade do que sou hoje em dia, nem chegaria onde eu cheguei. Filha, que me traz um mix de sentimentos de amor, motivação, alegria com preocupação desde a primeira ultrassom, esta conquista é por você!!! Impossível de expressar todo meu amor por você. Renasci quando te vi nascer! Por vocês vou melhorar tudo onde o olho alcança!

Agradeço à minha orientadora, Dr<sup>a</sup> Maria Magdala Araújo Vasconcelos de Araújo Silva, que desde que ingressei na ESS/UFRJ, em 2010 tem minha admiração, pois é uma ótima professora, tendo como marca principal sua alegria, mas sua didática, seu sotaque

e o indispensável batom vermelho também são inesquecíveis. Obrigada por me orientar neste momento acadêmico, por me servir de referência profissional e principalmente, por estar do meu lado nos momentos mais difíceis deste TCC.

Aos amigos(as) de vida que se mantiveram do meu lado sem fraquejar, meu amor por vocês já não cabe em saturno (BROWN, Mano. 2002). Mesmo com tantas adversidades nos mantemos unidos. Vocês me ajudaram a superar qualquer tipo de medo, me deram o ombro amigo quando necessário, mas também me deram esporro, me impulsionaram a vencer e renovam minhas forças dia após dia. Às minhas amigas de fé: Merinha, Silmara, Vanessa e Mayara; às pretinhas mais lindas do Brasil: Carol e Madellon; ao poeta Marcus Sal: obrigada!

Aos meus colegas de turma que logo se transformaram em amigos de infância e formaram um grupo crítico, hilário e sensacional: “as bis”. Tenho muito a agradecer por cada sorriso, lágrima, discussão teórica, por toda troca e experiência. Vocês são pra vida toda!

Agradeço à amizade especial e fundamental da Tereza Cristina, que tenho enorme admiração pela amiga, mãe, mulher e assistente social que és. Você também desempenhou um papel indispensável e vital na minha formação profissional. Quando crescer quero ser um equilíbrio entre Tereza Cristina e Rafaela Mendes. Será que é possível?!

Ao companheiro de noites, dias e sonhos intermináveis. Ao amigo, amante e namorado, Felipe. Obrigada!! Esses anos de graduação não foram fáceis e você se manteve no meu lado sempre me motivando. Obrigada por cada palavra de carinho e incentivo; pelo suporte em querer me oferecer o melhor; pelas experiências maravilhosas; pela divisão e construção de ideias e de sonhos. Seguimos na luta e fiquemos com o indispensável: a cumplicidade e o amor!

À família paterna da minha filha, meus amigos, sobretudo Márcia, Célia, Flávia, Leandro, Suzy e Marcelo que sempre apoiaram e incentivaram minha formação profissional. Adicionaram muitas felicidades e guloseimas na minha vida. Guardo pedacinhos de vocês comigo. Gratidão enorme!

Ao meu amigo inseparável, *Rap* por me proporcionar vivências inexplicáveis e estimular a reflexão crítica sobre a sociedade e meu papel nela, bem como ser minha fuga do cotidiano estressante.

Muito obrigada à todxs!

*"De quem depende a continuação desse domínio senão de nós?*

*De quem depende a sua destruição? Igualmente de nós.*

*Os caídos que levantem!*

*Os que estão perdidos que lutem!*

*Como pode calar-se quem reconhece a situação?*

*Os vencidos de hoje são os vencedores de amanhã.*

*E um novo "hoje" nascerá do "jamais". "*

*(Bertold Brecht)*

*"Um Sorriso no rosto e os punhos cerrados que a luta não para."*

*(Sergio Vaz)*

## RESUMO

SOARES, Rafaela Mendes. **A integralidade na atenção à saúde das usuárias com câncer de mama no Hospital Federal de Bonsucesso: reflexões sobre os desafios do Serviço Social**. Rio de Janeiro, 2015. Trabalho de Conclusão de Curso- Escola de Serviço Social, Universidade Federal do Rio de Janeiro. Rio de Janeiro, 2015.

Este trabalho identifica o paradigma de saúde predominante no Serviço de Ginecologia do Hospital Federal de Bonsucesso (HFB) em 2014 e averigua se as ações de saúde desenvolvidas pelo Serviço Social garantem o princípio de integralidade na assistência à saúde às mulheres com câncer de mama. O estudo caracteriza-se como pesquisa exploratória, de natureza qualitativa, tendo como eixo de análise a ação profissional do Serviço Social do Serviço de Ginecologia do HFB frente à integralidade, em 2014. Utilizou-se a observação participante e análise de conteúdo. Considerou-se como instrumentos o diário de campo e documentos do serviço, cabendo ainda, a revisão da bibliografia. Com base na avaliação dos dados colhidos, foi possível identificar que a predominância do modelo biomédico no Serviço de Ginecologia favorece uma atuação focada na doença em detrimento de uma atuação que considere os condicionantes e determinantes do processo saúde-doença. Tal fato, incide diretamente na atuação do Serviço Social, que apesar de ser crítica e ter suas ações comprometidas com as necessidades de saúde dos usuários e voltadas para o fortalecimento dos ideais do movimento da Reforma sanitária, encontra limitações nas ações multiprofissionais e na articulação com os demais setores. Nesse sentido, superar a fragmentação deste modelo é urgente para se alcançar a integralidade, sendo um dever e luta de todo profissional de saúde. Já para o Serviço Social, é necessário fortalecer as ações que contemplam a integralidade, buscando alterações na dinâmica do serviço (round, reuniões, estudos de caso, seminários, fluxo de atendimento e controle social); no entrosamento entre a equipe (interdisciplinariedade) e; na construção de uma rede assistencial para uma assistência integral e de qualidade para as usuárias com câncer de mama.

Palavras chaves: integralidade; câncer de mama; paradigma de saúde; serviço social e saúde.

## LISTA DE SIGLAS

ABRAPAC	Associação Brasileira de Apoio aos Pacientes com Câncer
ABRAPEC	Associação Brasileira de Pesquisa em Educação em Ciências
ABRASCO	Associação Brasileira de Pós-Graduação em Saúde Coletiva
AI	Ato Institucional
BPC	Benefício de Prestação continuada
CAPS	Caixas de Aposentadoria e Pensão
CNCC	Campanha Nacional de Combate ao Câncer
CEBES	Centro brasileiro de estudos de Saúde
CACON	Centro de Alta Complexidade em Oncologia
CASMCA	Centro de Atenção à Saúde da Mulher, Criança e Adolescente
CNRS	Comissão Nacional da Reforma Sanitária
CNS	Conferência Nacional de Saúde
CFESS	Conselho Federal de Serviço Social
CONAPS	Conselho Nacional de Administração da Saúde Previdenciária
DMP	Departamento de Medicina Preventiva
DNERu	Departamento Nacional de Endemias Rurais
EBSERH	Empresa Brasileira de Serviços Hospitalares
EJA	Educação de Jovens e Adultos
FHC	Fernando Henrique Cardoso
HFB	Hospital Federal de Bonsucesso
IAP's	Instituto de Aposentadoria e Pensões
IAPETEC	Instituto de Aposentadoria e Pensões dos Empregados em Transportes e Cargas
INAMPS	Instituto Nacional de Assistência Médica e de Previdência Social
INCA	Instituto Nacional do Câncer José Alencar Gomes da Silva
INPS	Instituto Nacional de Previdência Social
JK	Juscelino Kubitschek
LOAS	Lei Orgânica da Saúde
LOPS	Lei Orgânica da Previdência Social
MEPS	Ministério da Educação e Saúde Pública
MPAS	Ministério da Previdência e Assistência Social
NAVAC	Núcleo de Atenção à crianças e adolescentes vitimizados
NIR	Núcleo Interno de Regulamentação



OS	Organizações Sociais
OMS	Organização mundial da saúde
OSCIP	Organização da Sociedade Civil de Interesse Público
PT	Partido dos Trabalhadores
PNS	Plano Nacional de Saúde
PNAISM	Política Nacional de Atenção Integral à Saúde da Mulher
PETI	Programa de Erradicação do Trabalho Infantil
PROUNI	Programa Universidade para todos
RSB	Reforma Sanitária Brasileira
SAMU	Serviço de Atendimento Móvel de Urgência
SINDSPREV	Sindicato dos Trabalhadores em Saúde e Previdência
SINPAS	Sistema Nacional de Previdência e Assistência Social
SUDS	Sistema Unificado e Descentralizado de Saúde
SUS	Sistema Único de Saúde
UNACON	Unidades de Assistência de Alta Complexidade em Oncologia

## SUMÁRIO

<b>Introdução.....</b>	<b>12</b>
<b>1 A influência dos paradigmas de saúde na construção da integralidade na política de saúde no Brasil .....</b>	<b>14</b>
1.1. A crise do paradigma Flexneriano e o novo paradigma de Produção Social da Saúde .....	15
1.2 A integralidade em questão: uma reflexão necessária .....	19
1.3 A política de Saúde no Brasil: avanços e retrocessos a sua consolidação ..	24
1.3.1 República Velha (1889-1930): o preventivismo autoritário .....	24
1.3.2 Era Vargas (1930-1945): o sanitarismo campanhista .....	26
1.3.3 Instabilidade democrática e desenvolvimentismo (1946- 1964) .....	28
1.3.4 A ditadura militar (1964-1985): ênfase no modelo previdenciário de saúde, favorecendo a iniciativa privada .....	31
1.3.4.1 Movimento da Reforma Sanitária, democratização do Estado Brasileiro e o Sistema Único de Saúde .....	36
1.3.5 Era Lula (2003-2010): avanços e contradições na política de saúde .....	46
1.3.6 Governo Dilma (2010-2014): avanço do processo de privatização na política de saúde .....	49
<b>2 Saúde da Mulher: alguns elementos para discussão .....</b>	<b>53</b>
2.1 A construção da atenção integral à saúde da mulher: avanços na esfera dos direitos à saúde e desafios a sua viabilização .....	53
2.2 A atual política de atenção oncológica.....	57
<b>3 O Serviço Social na saúde .....</b>	<b>65</b>
3.1 Serviço social: breve retrospectiva histórica .....	65
3.2 Serviço Social e Saúde: do conservadorismo à ação integral.....	68
3.3 Serviço Social e integralidade na Saúde .....	73
3.3.1Acolhimento.....	74
3.3.2 Interdisciplinariedade.....	75
3.3.3Intersetorialidade.....	77
<b>4 Desafios na implementação da atenção integral à saúde no Serviço de Ginecologia do Hospital Federal de Bonsucesso: contribuições do Serviço Social .....</b>	<b>79</b>

4.1	Percurso metodológico .....	79
4.2	Configuração do atual modelo assistencial do HFB .....	81
4.3	Serviço Social do HFB .....	85
4.3.1	Plantão Social: a dualidade do espaço de atuação .....	86
4.4	Saúde da mulher: características do Serviço de Ginecologia do HFB .....	88
4.4.1	O Serviço Social do Serviço de Ginecologia .....	91
4.4.1.1	Câncer de mama: Referenciais teórico-metodológicos de atuação profissional .....	97
4.5	Integralidade: contradições atuais do Serviço de Ginecologia do HFB .....	102
4.6	Serviço Social: construindo alternativas para uma atenção integral à saúde das mulheres com câncer de mama no HFB .....	103
4.6.1	Abordagem Social .....	103
4.6.2	Ações multidisciplinares .....	104
4.6.3	Atuação em rede .....	102
4.6.4	Educação em saúde: abordagens de grupo .....	107
4.6.5	Campanha Outubro Rosa no HFB 2014 .....	109
	<b>Considerações finais .....</b>	<b>112</b>
	<b>Referências bibliográficas .....</b>	<b>119</b>

## **Introdução**

O presente trabalho tem como objetivo identificar o paradigma de saúde predominante no Serviço de Ginecologia do Hospital Federal de Bonsucesso (HFB) em 2014 e averiguar se as ações de saúde desenvolvidas pelo Serviço Social garantem o princípio de integralidade na assistência à saúde às mulheres com câncer de mama.

Trata-se de uma investigação resultante das inquietações enquanto estagiária inserida no referido setor de setembro de 2013 à maio de 2015, observando-se as contradições do cotidiano profissional, nas quais são enfrentadas demandas cada vez mais agravadas que necessitam da articulação de diversos setores da sociedade e segmentos profissionais, diante dos impactos da política neoliberal sobre as políticas públicas que têm se tornado cada vez mais isoladas e menos eficazes e democráticas.

O tema torna-se pertinente, considerando que a integralidade está inscrita como um dos princípios fundamentais do Sistema Único de Saúde (SUS), que exige uma articulação com as demais políticas sociais, os demais setores da sociedade e níveis de atenção à saúde e; uma atuação multiprofissional e interdisciplinar. Neste sentido, torna-se indispensável a atuação do Serviço Social junto à mulheres com câncer de mama, que através da adoção de uma perspectiva crítica e comprometida com os princípios normativos da profissão, contribua com o processo de reabilitação e tratamento das usuárias com câncer de mama.

A relevância da pesquisa está na defesa da integralidade, enquanto uma busca constante do fortalecimento dos princípios da Reforma Sanitária, a partir de práticas profissionais direcionadas para a construção de um modelo assistencial que garanta a promoção, prevenção, reabilitação e tratamento à saúde.

O estudo está dividido em quatro partes, a primeira discute os paradigmas de

saúde, a construção da política de saúde brasileira e os conceitos de integralidade. Já a segunda traz elementos sobre a atenção à saúde da mulher e oncológica. A terceira apresenta um breve relato sobre o Serviço social e sua atuação na saúde, considerando a integralidade. Por último são apresentadas as ações do Serviço Social do Serviço de Ginecologia do HFB para a construção da integralidade, assim como a reflexão sobre suas possibilidades e limitações.

## **1 Fundamentos do modelo de assistência à saúde: influência dos paradigmas de saúde na construção da integralidade na política de saúde no Brasil.**

A concepção do processo saúde-doença tem evoluído, consideravelmente, da concepção biomédica para a concepção ampla da saúde, sustentada na vigilância sanitária e na qualidade de vida de uma população. Neste percurso histórico dois paradigmas entram em disputa: o paradigma flexneriano e o paradigma da produção social de saúde.

O paradigma flexneriano, propagado através do *Relatório Flexner*, obra de Abraham Flexner, educador e pesquisador social norte-americano pode ser caracterizado como uma atenção médica exclusivamente biologicista e individualista (WERNECK 2009:4-5), que nega os aspectos socioculturais, políticos e econômicos envolvidos no processo saúde-doença, tendo então uma visão linear e reducionista deste, consolidando assim, a separação entre o indivíduo e o coletivo; o público e o privado; o biológico e o social; o curativo e o preventivo (Paim & Almeida, 1998:309).

Ainda segundo Werneck (2009), o paradigma Flexneriano entende a doença como um entrave para o desenvolvimento nacional, sendo de responsabilidade do Estado afirmar seus elementos para alcançar a prosperidade econômica e saúde da nação.

Para Mendes (1999), o paradigma flexneriano se explicita através dos seguintes elementos:

- Mecanicismo: faz-se uma analogia do corpo humano com a máquina, que quando apresenta defeitos deve ser investigada e reparada.
- Biologismo: o reconhecimento exclusivo de que as doenças e suas curas ocorrem somente no nível biológico;
- Individualismo: se dá através de duas vertentes. Primeiro, através da eleição do

indivíduo como seu objeto, desconsiderando a coletividade. Segundo, pela exclusão dos aspectos sociais da vida do indivíduo, alienando-o e culpabilizando-o pela própria doença;

- Especialização: numa perspectiva ideológica a especialização é vista como produto do mecanicismo, que impôs à parcialização abstrata do objeto global, segundo um esquema contraditório que aprofunda o conhecimento específico e que atenua o conhecimento holístico. Já numa perspectiva econômica, ela decorre das necessidades da acumulação de capital, culminando então na fragmentação do processo de produção e do produtor, através da divisão técnica do trabalho;
- Tecnificação: investimento em técnicas do ato médico para mediar a relação do o homem e as doenças;
- Curativismo: como a saúde é a ausência da doença no indivíduo, o diagnóstico e a terapêutica são primordiais. Assim, a prática sanitária focaliza na cura dos indivíduos que manifestaram alguma doença, organizando-se na oferta de serviços preventivos e curativos-reabilitadores à população.

### 1.1 A crise do paradigma Flexneriano e o novo paradigma de Produção Social da Saúde

A crise do petróleo, iniciada no final da década de 1960 abalou o cenário internacional econômico, política e socialmente e propiciou a fomentação internacional de lutas sociais, que reivindicavam melhores estratégias governamentais de atendimento às necessidades da classe trabalhadora, sobretudo na saúde (LAURELL, 1992). A medicina da época vivenciava a limitação de compreender e solucionar os principais aspectos envolvidos no adoecimento em países industrializados, não oferecendo assim, respostas

satisfatória às demandas da classe trabalhadora no âmbito da saúde coletiva.

A redução das taxas de mortalidade de doenças transmissíveis e o aumento das doenças degenerativas, relacionadas às melhorias nas condições gerais de vida permitiu um novo olhar sobre a doença (Dardet, 1994). Inicia-se o desenvolvimento de novas tecnologias de investigação, considerando as influências do ambiente externo no adoecimento, superando assim, a visão miasmática<sup>1</sup> da doença.

A prática sanitária reduzida à atenção médica e o conceito negativo da saúde firmado na concepção flexneriana passa a ser alvo de críticas diante da sua incapacidade de impactar sobre a saúde por não considerar outros aspectos envolvidos no processo saúde-doença (LAURELL, 1992). Para Gutierrez (2001,p.20), as causas das doenças devem ser entendidas a partir das condições de vida e trabalho.

A defesa de um paradigma que apreenda a dinâmica da saúde como uma acumulação social, ou seja a articulação desta com as condições de vida em suas várias dimensões (econômica; social; política, biológica; acesso à serviços de saúde; estilo de vida; meio ambiente) passa a ser fundamental para a superação das limitações do paradigma flexneriano.

Observa-se então a força de movimentos sociais em busca da defesa deste paradigma. O informe *Lalonde* publicado em 1974, questionou a exclusividade médica na resolução dos problemas de saúde, incentivando assim o interesse social e político pela saúde pública. Inspirou a Conferência da Organização Mundial de Saúde (OMS) de 1977 (Saúde para todos no ano 2000), bem como o *Relatório negro sobre desigualdades em saúde* (Grã-Bretanha) e as *38 metas de saúde para a região européia*, em 1985 (JONES, 1997).

---

<sup>1</sup>A teoria miasmática considerava que as doenças tinham sua origem na alteração atmosférica, a qual acreditava-se que o conjunto de odores venenosos e fétidos, gases ou resíduos em decomposição contaminavam o indivíduo saudável, através da influência do vento (BATISTELLA, 2007, p.37). Portanto, seu combate deveria ser através da higienização do espaço urbano, para controlar a contaminação pelo ar.



Fruto dessas lutas, surge a corrente médico-social que defende que a mudança de paradigmas somente ocorrerá através de uma mudança estrutural que possibilite a atuação para além dos aspectos clínicos, considerando a saúde como resultado das relações sociais. Esta corrente busca compreender os problemas de modo diferente do modelo dominante, propondo alternativas que visam responder as demandas advindas do campo da saúde.

O paradigma da produção social de saúde reconhece a saúde como um fenômeno histórico social, o que implica na identificação e entendimento dos condicionantes e determinantes gerais presentes no adoecimento numa dada sociedade e/ou grupo social num dado momento histórico, para assim, atuar nos aspectos socioeconômicos e culturais do processo saúde-doença na coletividade e não somente no aspecto clínico individualizado.

Conferir caráter histórico e social ao processo saúde-doença pressupõe, segundo Laurell (1992), entender que este processo está intrinsecamente articulado com o modo de organização da sociedade, o desenvolvimento de suas forças produtivas e das relações sociais estabelecidas. Ou seja, os diversos fatores sociais, econômicos, culturais e históricos de uma sociedade influenciam diretamente no processo saúde-doença do indivíduo e/ou do coletivo.

Ainda em Laurell (1992) há o entendimento que o perfil patológico de uma sociedade está relacionado ao modo de como o homem se apropria da natureza para suprir suas necessidades e do modo de organização de suas relações sociais de produção.

Para Mendes (1999), a produção social de saúde baseia-se em três elos, são eles:

- Concepção positiva de saúde: saúde vista como qualidade de vida que determinada

sociedade expõe. Interpretando a qualidade de vida como condição de existência dos homens no seu viver cotidiano, um viver “desimpedido”, um modo de “andar a vida” prazeroso, seja individual ou coletivo, o que pressupõe determinado nível de acesso a bens e serviços econômico e sociais ( MENDES, 1999).

- Vigilância sanitária: Tal prática amplia a atuação do paradigma anterior (curativista), para analisar e responder as demandas da totalidade do processo saúde-doença, intervindo nos processos do adoecimento, controlando seus condicionantes e determinantes. Segundo Mendes (1999) suas estratégias integram três tipo de ações, tendo como objetivos deter o avanço das doenças, promover hábitos saudáveis (Palmeira et al., 2004; Teixeira; Paim & Villasbôas, 2002) e ofertar serviços de atenção e cuidado aos doentes, são elas:

- A promoção de saúde: considerada *"um processo que confere ao povo os meios para assegurar um maior controle e melhoria de sua própria saúde, não se limitando a ações de responsabilidade do setor saúde"* (Carta de Ottawa, 1986).

São ações que incentivam a auto-gestão da própria saúde, de maneira responsável, e de seus condicionantes e determinantes de forma coletiva, voltadas para a definição de políticas, preservação e proteção do ambiente físico e social, com o apoio de informação, educação e comunicação da sociedade com os profissionais da saúde.

- A prevenção das enfermidades e acidentes: marca a superação do paradigma anterior, focado na cura. Inclui-se então, ações de caráter preventivo de alcance coletivo, que busca informar sobre doenças e acidentes de trabalho e trânsito para evitá-los de se manifestar

constantemente em determinados grupos sociais.

- A atenção curativa: assume aqui os atos de cura do paradigma anterior, contudo entendendo que este novo paradigma deve intervir na doença, durante a reabilitação para além da causa biomédica, imediata e individualista. Com o objetivo de curar, evitar dores, e reabilitar o indivíduo ou o grupo social, de forma que se possa promover a estabilização psicossocial destes, garantindo assim uma maior qualidade de vida.
- Gestão social: exigência de uma nova organização governativa da sociedade, de forma que esta possa gerar condições de qualidade de vida- reprodução social da saúde.

Nesta trajetória histórica há de se reconhecer que a visão linear, reducionista e negativa do processo saúde- doença e o caráter curativista e individualista das práticas biologicistas do paradigma flexneriano foram superadas por uma visão ampla, defendida pela produção social da saúde ou da denominada teoria crítica que bebe dos fundamentos da teoria marxista, que considera que o processo saúde-doença sofre influências de diversos determinantes (sociais, culturais, econômicos...), focalizando assim, suas práticas no fortalecimento da integralidade e da promoção e prevenção da saúde coletiva, além de propagar a ampliação do conceito de educação sanitária, afastando-se da abordagem higienista (Ferraz, 1998).

## 1.2 A integralidade em questão: uma reflexão necessária

A categoria de integralidade, atualmente é um dos princípios do Sistema Único de Saúde- SUS, contudo sua discussão no Brasil remonta ao paradigma da Produção Social da saúde e ao Movimento da Reforma Sanitária brasileira (PAIM, 2008).

Alguns aspectos do paradigma de produção social da saúde nos permite entender que a categoria de integralidade está intrinsecamente relacionado tanto à concepção de saúde, quanto à organização do modelo de atenção à saúde<sup>2</sup>.

A partir da literatura corrente percebe-se que refletir sobre a integralidade neste paradigma pressupõe refletir nas seguintes perspectivas: conceito amplo de saúde; sujeito na sua totalidade; ações multiprofissionais; intersetorialidade e; especificidade dos territórios.

Na produção social de saúde, a saúde é compreendida de modo amplo, enquanto produto de um conjunto de fatores do âmbito social, como a ausência de violência; condições adequadas de habitação; qualidade no sistema educacional; acesso à alimentação necessária e saudável; renda adequada para responder as necessidades básicas; ecossistema equilibrado; justiça social e; a garantia de direitos fundamentais dos cidadãos (Carta de Ottawa, 1986). Isto é, ela não está desarticulada da realidade social a qual o indivíduo/coletivo está inserido. Os determinantes econômicos envolvem o modo e modelo de produção econômica de uma dada realidade e seus impactos sobre a saúde da população.

Considere-se ainda que este paradigma propõe um modelo de atenção à saúde capaz de realizar uma abordagem holística da saúde, considerando os aspectos biopsicossociais do adoecimento, tomando o indivíduo em sua particularidade sem desvincular seu processo de adoecimento com a totalidade.

---

<sup>2</sup>Concorda-se com a explicação de Mendes (2008), a qual afirma que Modelo de atenção é um sistema lógico que organiza o funcionamento das redes de atenção à saúde, buscando articular as demandas da população (de acordo com as situações demográficas e epidemiológicas e os determinantes sociais da saúde) com os focos das ações em saúde e os diferentes tipos de intervenções sanitárias (MENDES, 2011, p.209).

## Segundo Campos (2003) a atenção integral à saúde

*deve ser totalizadora e levar em conta as dimensões biológica, psicológica e social. Este modo de entender e abordar o indivíduo baseia-se na teoria holística, integral, segundo a qual o homem é um ser indivisível e não pode ser explicado pelos seus componentes, físico, psicológico ou social, considerados separadamente. (Campos, 2003:577).*

Para tanto, Ferreira Santos e Westphal (1999) afirmam que é necessário articular diversos saberes profissionais e práticas intra e intersetoriais para propor ações de acordo com o perfil de cada grupo e território. Esta interação implica na não fragmentação das necessidades do indivíduo, favorecendo a perspectiva da medicina integral. Implica também na organização dos serviços e ações de saúde, que devem ser oferecidos de forma horizontal, a qual a atuação médica não se sobreponha à atuação dos demais profissionais da saúde. Mattos (2005) salienta que a integralidade não se configurará plenamente enquanto houver oferta de serviços verticais e centralizados na assistência clínica individual e curativista.

A intersectorialidade também se faz presente na assistência integral, visto que o processo saúde-doença é determinado por diversos fatores sociais e econômicos deve-se contar com o apoio de uma rede de políticas (de transporte, habitação, trabalho, saneamento...) que favoreçam a promoção e a prevenção de saúde, assim como o processo de recuperação.

Mendes (2002, p.80-81), destaca ainda que para a atenção integral é imprescindível ter definido seu território de atuação, bem como o conhecimento dos problemas de saúde que assolam um determinado grupo (público alvo das ações de saúde), suas necessidades para assim, organizar a disposição dos serviços de atenção à saúde.

Apropriando-se da gênese do conceito de integralidade, Mattos (2005) afirma que este conceito possui diversos sentidos, que estão relacionados à busca de uma sociedade justa e igualitária. Aponta para três sentidos de integralidade, quais sejam: a

prática dos profissionais de saúde; a organização dos serviços e; respostas governamentais a problemas específicos de saúde.

A integralidade na prática profissional requer, para Mattos (2005) a superação de uma visão reducionista e fragmentada (de base flexneriana), a qual valoriza a dimensão biológica do saber médico, em detrimento das dimensões psicossociais. Defende-se uma atuação que interprete as necessidades dos indivíduos que buscam os serviços de saúde de forma mais abrangente, reconhecendo assim, as demandas implícitas destes. Esta visão além de contemplar o indivíduo de forma multifacetada, favorece a organização dos serviços a modo que ofereçam ações de prevenção, promoção e assistência.

O favorecimento da integralidade na organização dos serviços de saúde expressa a necessidade da articulação das práticas preventivas e assistenciais, modificando o caráter vertical dos programas, historicamente construído, para ações horizontais.

Para Mattos (2005), as ações em saúde devem ir além da epidemiologia, estabelecendo diálogo entre os profissionais e os usuários da saúde para identificar as demandas implícitas. Ao apreender as necessidades e o perfil patológico da população alvo, os serviços de saúde devem buscar não restringir suas ações, para responder de forma ampla e adequada à estas necessidades.

Para o autor:

*Não é aceitável que os serviços de saúde estejam organizados exclusivamente para responder às doenças de uma população, embora eles devam responder a tais doenças. Os serviços devem estar organizados para realizar uma apreensão ampliada das necessidades da população ao qual atendem. (MATTOS, 2005:11).*

O último conceito de integralidade definido por Mattos (2005) diz respeito à ações governamentais para responder determinados problemas de saúde que aflige determinada população. Ao considerar que a saúde sofre influências de diversos aspectos da vida e que cada grupo populacional apresenta um perfil de adoecimento diferente, o autor afirma que tais respostas devem ser capazes de “*abarcas os diversos grupos*

*atingidos pelo problema, respeitando suas especificidades. Mas, para fazê-lo inteiramente, pode ser necessário transgredir os espaços das políticas setoriais”* (MATTOS, 2003, p.14). Ou seja, para se alcançar a integralidade na atenção à saúde é necessário ações intersetoriais que favoreçam assim, a prevenção, promoção e recuperação da saúde.

Paim (2008:552) destaca a importância do Movimento da Reforma Sanitária- RSB para a configuração da integralidade na atual política nacional de saúde. O conceito de integralidade, para este movimento é definido através de quatro viés. Paim (2011, p.552) os descreve da seguinte maneira:

- Ações de saúde: associação de diversas ações em saúde que favoreçam a prevenção, promoção, recuperação e reabilitação da saúde;
- Ação profissional: exigência de abordagens multidisciplinar na atenção à saúde, considerando os aspectos biopsicossociais do adoecimento e as necessidades dos sujeitos;
- Continuidade da atenção: garantia de continuidade do tratamento em todos os níveis de atenção, o que pressupõe uma organização da disposição dos três níveis de atenção, formando um rede de referência e contra referência;
- Intersetorialidade: ao conferir o conceito amplo da saúde, necessita-se da articulação de políticas públicas intersetoriais (habitação, transporte, trabalho...) que favoreçam todo o processo saúde- doença e diminuam os risco à vida.

É nítida a influência do paradigma da Produção Social da saúde na configuração da integralidade enquanto um princípio norteador da atual política de saúde brasileira. Em efeitos legais, a integralidade é entendida atualmente *“como conjunto articulado e*

*contínuo das ações e serviços preventivos e curativos, individuais e coletivos, exigidos para cada caso em todos os níveis de complexidade do sistema” (BRASIL, 1990).*

Trata-se aqui a integralidade enquanto um conceito que busca a não fragmentação das necessidades do indivíduo/coletivo; aponta para a necessidade da atuação de diversos profissionais e setores de políticas públicas e; afirma importância de elaborar ações de saúde considerando a especificidade de cada grupo social, bem como seu território.

Para entender como se deu a construção da integralidade na saúde brasileira se faz necessário traçar o histórico desta política, entendendo que esta não está desvinculada com as diversas transformações sociais, políticas e econômicas ocorridas no Brasil.

Neste sentido, busca-se no próximo item, apresentar a trajetória da Política de Saúde no Brasil, partindo dos antecedentes da intervenção estatal até os dias atuais, considerando o contexto sócio-histórico e político de cada época que influenciaram a construção da assistência à saúde, que por sua vez adotou diferenciados perfis diante das mudanças implementadas em cada período histórico. Neste percurso busca-se situar o paradigma utilizado e o processo de integralidade da política de saúde de referência.

### 1.3 A política de Saúde no Brasil: avanços e retrocessos a sua consolidação

#### 1.3.1 República Velha (1889-1930): o preventivismo autoritário

As últimas décadas do século XIX foram marcadas pela instauração da Primeira República caracterizada pela liderança do poder do Estado e alianças entre a oligarquia



rural (política do café com leite) e as Forças Armadas.

O Brasil vivenciava uma fase de industrialização crescente, contudo experimentou também conflitos sociais diante da insatisfação popular das ações governamentais (Guerra de Canudos; Revolta da vacina; Revolta da Chibata; e Revolta do Contestado), o início da crise do café e constantes greves operárias.

Neste contexto, as ações de saúde eram provisórias, focalizadas nas áreas urbanas e desenvolvidas de modo emergencial sobre doenças epidêmicas que poderiam repercutir no âmbito econômico nacional.

Os recursos financeiros do Estado eram designados à saúde pública somente em casos de crises epidêmicas com o objetivo de conter o avanço da doença. Com isto, sua atuação restringia-se à vigilância sanitária dos portos; fiscalização das habitações populares, da venda de alimentos e bebidas; campanhas emergenciais de vacinação contra doença epidêmicas; e segregação dos doentes. A assistência à saúde do indivíduo era da responsabilidade da rede filantrópica.

Destaca-se a criação da Diretoria Geral de Saúde Pública, órgão responsável pela criação de ações estratégicas na saúde para responder à problemas sanitários e a Fundação Oswaldo Cruz, que influenciou as políticas públicas na saúde diante das suas pesquisas e ações sanitárias (Escorel & Teixeira, 2008, p.340-342).

Em 1891, o governo de São Paulo inicia um processo de investimento massivo em um eficaz e amplo sistema de saúde, com o entendimento que as epidemias eram entraves para a expansão econômica. Instituiu-se a obrigatoriedade da vacina contra varíola com taxação de multa aos opositores. No Rio de Janeiro, sob o governo de Rodrigues Alves inicia-se o processo de reforma urbana do centro da cidade que reorganizaria fisicamente a cidade, através do rebaixamento de morros, da demolição de cortiço e cômodos e da normatização de vários aspectos da vida urbana em desacordo

com os novos tempos (Escorel & Teixeira, 2008).

Este modelo de atenção ficou conhecido como preventista, e foi concebido dentro de uma visão militar que reconhecia e legitimava o uso da força e da autoridade para a execução de ações (saúde como caso de polícia); que a higienização dos espaços urbanos como meio de se alcançar à saúde plena; tinha caráter focalizado, fiscalizador, vertical, autoritário e insuficiente (Paim, 2001). Fatos estes comprovam a influência do paradigma flexneriano e seu caráter biologicista na concepção de saúde na época, o qual não tem como objeto de atuação a coletividade e o indivíduo em sua totalidade e sim a doença no seu aspecto negativo- sequelas e mortes, não contemplando assim o conceito de integralidade concebido por Matos (2005) e Paim (2008).

As primeiras décadas do século XX foram marcadas por um avanço nas ações de saúde, que passaram a ser incorporadas com amplitude na responsabilidade do Estado. Em 1923, foi aprovado pelo Congresso Nacional o Decreto-lei 4.682/23, conhecido como Lei Eloy Chaves, marco inicial da previdência social no Brasil. Através desta, foram instituídas as Caixas de Aposentadoria e Pensão (CAP's) que ofereciam aos seus segurados e dependentes benefícios de aposentadoria por invalidez e por tempo de serviço, pensão por morte e assistência médica. Inicialmente, estava vinculada somente ao setor ferroviário, com o passar dos anos incorporou demais trabalhadores urbanos.

### 1.3.2 Era Vargas (1930-1945): o sanitarismo campanhista

Período marcado pelos efeitos da crise mundial de 1929 e das sucessivas crises nacionais econômicas diante da superprodução do café, o que fomentou a crise da política do café com leite instaurada no período anterior. O país ainda mantinha sua base agrária ao mesmo tempo que experimentava uma crescente industrialização.

Vargas instaura uma ditadura (1930-1934), apresentando a estratégia do

populismo, atendendo as demandas de diversos grupos sociais para ganhar o apoio popular em suas decisões. Tinha como plano nacional um projeto focado na integração nacional e na valorização do trabalho (Escorel & Teixeira, 2008).

Nesta primeira fase de governo- Governo provisório (1930-1934), Vargas estende os benefícios da previdência à outras categorias de trabalhadores urbanos organizadas. Desta forma, as antigas CAP's são substituídas pelos Institutos de Aposentadoria e Pensões (IAP's) que ofereciam serviços de saúde, assim como benefícios previdenciários. É neste mesmo período que são criados diversos Ministérios, dentre eles o Ministério da Educação e Saúde Pública (Mesp) com o objetivo de centralizar e coordenar as ações de educação e saúde do país. Na saúde, este órgão deu continuidade às campanhas sanitárias da antiga Diretoria Geral de Saúde Pública.

Em 1934, o Mesp é assumido por Gustavo Capanema que retomou as campanhas sanitárias contra determinadas doenças e ações focalizadas em determinados grupos sociais de risco. Capanema inaugura um novo modo de se planejar as ações de saúde. Autores nomeiam esta fase de *Reforma Capanema*, a qual deu origem à nova organização do Ministério, do Departamento Nacional de Saúde e Assistência Médico-Social e; a institucionalização das Conferências Nacionais de Saúde (CNS), que teve sua primeira reunião em 1941 para debater questões administrativas acerca da saúde.

A assistência médica prestada nesta época constituía-se em duas linhas: a assistência previdenciária e a saúde pública. Os serviços de saúde e benefícios da assistência previdenciária eram fornecidos através da lógica de cidadania regulada<sup>3</sup> e com caráter meritocrático, a qual o cidadão somente teria direito quando vinculado à algum IAP e de acordo com seu vínculo empregatício. Já a saúde pública mantinha o

---

3 Para Santos (1979), cidadania regulada é a relação direta entre estratificação ocupacional e acesso à direitos sociais. Nesta concepção, cidadão é todo aquele que encontra-se em ocupação profissional reconhecida por leis. Em suas palavras, "a cidadania está embutida na profissão e os direitos do cidadão restringem-se aos direitos do lugar que ocupa no processo produtivo." (SANTOS, 1979:75).

caráter individualista e curativista aos doentes impossibilitados de trabalhar e baseava-se em campanhas sanitárias, autoritárias e focalizadas em determinadas doenças (Paim, 2011). Entre 1937 e 1945 (Estado Novo), Vargas fortalece a centralização das políticas públicas, amplia os direitos sociais dos trabalhadores ao mesmo tempo que cerceia a liberdade da sociedade brasileira.

Segundo Scorel e Teixeira (2008), neste período a saúde assume um novo caráter através da normatização e uniformização de suas ações, contudo ainda apresenta estratégias provisórias, focalizadas e de caráter curativo, mantendo campanhas sanitárias de erradicação de determinadas epidemias; a obrigatoriedade da vacinação e; desinfecção dos espaços públicos urbanos. Este modelo, conhecido como campanhista, deu continuidade a influência do modelo flexineriano, predominando no cenário brasileiro até a década de 1960. Por tanto, a integralidade definida por Matos (2005) e Paim (2008) também não se faz presente nesta época, levando-se em consideração o conceito defendido pelo modelo da produção social da saúde.

### 1.3.3 Instabilidade democrática e desenvolvimentismo (1946- 1964)

Vargas através de seu governo centralizador e autoritário obteve grande descontentamento da população, sendo deposto da presidência através de golpe militar, em 1945. Eurico Gaspar Dutra assume a presidência do país. O período retratado é marcado pelo forte desenvolvimento industrial através da substituição de importação; aceleração da urbanização; forte fluxo migratório; e sucessivas greves trabalhistas.

Na saúde, o país manteve o modelo campanhista a assistência previdenciária

ampliou seus beneficiários e gastos com serviços, tendo como eixo central a assistência médico-hospitalar. O alto custo desta ampliação gerou sua crise.

Vargas assume o poder novamente em 1951, quando compactua com a ideia de que a saúde pública era um problema de superestrutura, dependendo do âmbito social, econômico e político. As ações de saúde estavam subordinadas ao desenvolvimento do Brasil, mantendo ainda foco na endemias e nas doenças infectocontagiosas. Contudo, assume agora a estratégia de qualificar o saneamento básico, a assistência materno-infantil e educação primária (Escorel & Teixeira, 2008). Em 1953, a saúde é desvinculada da educação, dando origem ao Ministério da saúde.

Por atender antigas reivindicações das classes populares e implementar uma política abrangente de direitos sociais e trabalhistas, Vargas passa a ser conhecido como “Pai dos Pobres”. Seu segundo governo passa por momentos de crise então grupos opositores, sobretudo militares insatisfeitos com sua política e a situação do país passaram a exercer forte pressão no presidente, que acabou cometendo suicídio em 1954. Com sua morte, o vice-presidente Café Filho assume o governo até o fim do mandato em 1955. Após o governo de Café Filho, Dutra assume o governo, no entanto não se observou no período de sua gestão alterações significativas quanto a questão saúde.

Após Dutra, a presidência é assumida então por Juscelino Kubitschek (Jk), responsável pela fase desenvolvimentista do Brasil. Como se pode observar, o segundo governo Vargas não avançou nas questões relativas ao trato dado a questão da integralidade na política de saúde.

Na era kubitschek foi criado o Departamento Nacional de Endemias Rurais (DNERu) para unificar e coordenar as ações de erradicação de doenças que atingiam o meio rural (ESCOREL,2008). Porém, problemas com recursos humanos e a

desorganização deste órgão fez com que ele fracassasse, assim como inúmeras campanhas de combate à determinadas doenças da área urbana. Contudo, nota-se a redução das taxas de novos casos de doenças infectocontagiosas, Escorel (2000) explica que esta redução tem relação direta com o desenvolvimento ocorrido no país.

Na previdência social houve um maior rigor na fiscalização de seus gastos e a aprovação da Lei Orgânica da Previdência Social (Lops) que limitou a contribuição da União e uniformizou os direitos dos beneficiários.

Ao fim de seu mandato o país já sinalizava uma possível crise econômica com o crescimento da dívida externa e da taxa de inflação. Deu-se início ao mandato de Jânio Quadros, que logo renunciou por assumir medidas impopulares e contra interesses gerais. Entre 1961 e 1963 foi declarado estado de sítio, instituído o regime parlamentar e logo depois a retomada do regime presidencialista, dando início à presidência de João Goulart.

No âmbito da saúde, em 1962 é realizado o XV Congresso de Higiene, quando o ministro da saúde, Souto Maior, relaciona a saúde com as condições de vida e a subordina às condições de pauperização da população. Considerando assim, a saúde de modo mais amplo e sua qualidade intrinsecamente dependente de um projeto que promova mudanças estruturais em toda sociedade.

Em um movimento de elaborar críticas ao modelo de saúde vigente, em 1963 ocorre a 3ª CNS com o objetivo de analisar a situação sanitária brasileira e propor e aprovar um projeto de intervenção capaz de promover a saúde e articula-lá com o desenvolvimento nacional.

Aprovou-se então, um projeto descentralizado e estruturado em níveis de atenção à saúde, iniciado no nível básico com prestação de serviços por auxiliares de saúde e estendendo-se ao nível terciário com a prestação de assistência médico-hospitalar

(Escorel & Teixeira, 2008).

Este movimento de tentativa de mudança na forma como a questão saúde era tratada foi interrompido pela instauração de um governo ditatorial mais repressor, em 1964. Neste contexto, pode-se inferir que as ações até então desenvolvidas no cerne do sistema de saúde continuaram sobre a influência do modelo flexineriano e seu foco no atendimento individual, curativo e hospitalocêntrico sem apresentar ações de integralidade.

#### 1.3.4 A ditadura militar (1964-1985): ênfase no modelo previdenciário de saúde, favorecendo a iniciativa privada

O Brasil sofre mais um golpe militar em 1964, que afasta João Goulart da presidência. O governo ditatorial por um lado permitiu um alto índice de modernização conservadora para o país, por outro governou através de mecanismos altamente repressivos e autoritários (Ato Institucional- AI), os quais designavam aos militares o poder de alterar a constituição; além de prever a censura; suspendeu uma série de direitos civis; promoveu perseguições, exílio e pena de morte a seus opositores. Foi um período marcado pelo antagonismo entre modernização econômica excludente e uma ação repressiva bruta.

Suas primeiras décadas ficaram conhecidas como o período do “milagre econômico”. Havia grande investimento do capital externo; intenso investimento na infraestrutura econômica do país; a expansão da política de crédito. Contudo, percebe-se concomitantemente o crescimento do endividamento externo; os impactos da crise mundial do petróleo; a concentração de renda; o abandono parcial do investimento em políticas sociais e; o arrocho salarial.

A promulgação Lops unificou o regime da previdência social no Instituto Nacional de Previdência Social (INPS) em 1966, abrangendo todos os trabalhadores urbanos organizados. A assistência médica prestada ainda se mantinha limitada aos trabalhadores com vínculo formal, tendo o modelo de atenção à saúde da previdência social predominado sobre o Ministério da Saúde, na época. Os trabalhadores rurais e domésticos foram incluídos somente nos anos de 1971 e 1973, respectivamente.

Alegando incapacidade de gerir toda a assistência médica à seus beneficiários o INPS passa a incentivar a contratação de serviços privados na saúde. Dando início assim, a um novo modelo de atenção à saúde: o modelo previdenciário-preventista. O qual ordena suas ações através de uma prática curativista, reducionista, biologicista e mecanicista do processo saúde-doença, através da assistência hospitalar. Além de preconizar a privatização dos serviços públicos de saúde.

Esta lógica de favorecimento do setor privado tem seu início com o INPS, é instituído através do decreto/lei n.200/1968 que determinava o abandono das ações executivas em benefício do setor privado (Scorel, 2008) e prevaleceu até a década dos anos 80 (Cohn,1991). O Estado, através da previdência social passa a ser o principal regulador do mercado de serviços privados de saúde, orientando assim a organização da prática médica visando o lucro, investindo nas redes hospitalares privadas e o sucateamento dos serviços públicos.

Com isso, o acesso à saúde é dicotomizado, enquanto por um lado há a prestação de assistência médica privatizada à pessoas com vínculo formal, no outro há serviços públicos sucateados oferecidos para a população sem cobertura previdenciária. O que proporciona a prevalência da prática médica individual, assistencialista e especializada em detrimento de ações de saúde pública de caráter preventivo e interesse coletivo.

Em 1965, ocorre a 4ªCNS com o objetivo de debater a responsabilidade do



Ministério da Saúde; o profissional de saúde ideal para o Brasil; e o papel das universidades de medicina na proposição de uma política de saúde (Escorel & Teixeira, 2008).

Em 1968, surge o Plano Nacional de Saúde (PNS) que propunha a privatização de toda a rede hospitalar pública e a financeirização desta pelo Estado. Seus ideais eram incompatíveis com a lógica expansionista da previdência social, por isso encontrou forte resistência.

Com o orçamento precário e a decadência do Ministério da saúde, as ações de saúde pública restringiam-se apenas em campanhas de baixa eficácia. O acesso à saúde previdenciária se manteve por meio da lógica de cidadania regulada, enquanto a atenção à saúde dos trabalhadores informais ficava à cargo da rede filantrópica, rede privada custeada pelo próprio indivíduo e da rede pública por intermédio das ações focais do Ministério da Saúde (programas de hanseníase, materno infantil e as ações campanhistas e higienistas).

Observa-se a ênfase na atenção individual, assistencialista e curativa em detrimento das medidas de caráter preventivo e coletivo; a construção e/ou reforma do setor privado, com financiamento da previdência social; o incentivo aos convênios entre o INPS e serviços e hospitais privados. O que por sua vez, causou uma série de consequências como a origem e avanço do setor privado na saúde, promovendo a lógica de mercantilização, em meio às denúncias de suborno e corrupção. Além de criar condições adequadas a expansão da medicina de grupo.

Ao assumir o poder em 1974, o general Geisel dá início à uma “distensão gradual, lenta e segura” (Escorel, 2008) da ditadura, através da suspensão da censura e o fim do AI-5 e do bipartidarismo. Porém, o presidente ainda assim fez uso de repressão ao longo de seu mandato.

Visando enfrentar os problemas advindos do choque do petróleo e continuar com o crescimento econômico brasileiro do período anterior, no final de 1974 foi elaborado o II PND, que apresentava a necessidade de políticas sociais mais contundentes, propondo assim a realização de ajustes na economia brasileira com objetivo de reorganizá-la. Contudo, não obteve o êxito, houve o aumento da crise econômica, da inflação e da dívida externa do Brasil.

No âmbito social, o II PND reconhece que o desenvolvimento social deveria ocorrer em conjunto com o desenvolvimento econômico. Estabelecendo assim, dois grandes campos institucionais: o do Ministério da Saúde, de caráter normativo, com ação executiva voltada para as medidas e os atendimentos de interesse coletivo, inclusive vigilância sanitária; e o do Ministério da Previdência e Assistência Social (MPAS), com atuação voltada principalmente para o atendimento médico assistencial individualizado (Brasil, II PND.1973).

O Ministério da Saúde teve seus recursos aumentados, o Ministério da Previdência e Assistência social era o segundo maior orçamento da União. A previdência ainda apresentava traços do período anterior e vivenciava os efeitos da larga privatização, que mais tarde culminaria em sua crise.

Em 1974, através da Lei nº. 6.125, cria-se o Dataprev, responsável pela gestão da base de dados sociais brasileira, especialmente a do INPS, que evidenciou uma série de fraudes no sistema.

Em 1975, é instituído o Sistema Nacional de Saúde estabelecendo as principais competências do Ministério da Saúde e do Ministério da Previdência. Ao Ministério da Saúde caberia coordenar as ações relacionadas com o controle das doenças transmissíveis, orientando sua execução inclusive quanto à vigilância epidemiológica; aplicação da notificação compulsória; o programa de imunizações; e o atendimento de

agravos coletivos à saúde, bem como os decorrentes de calamidade pública (BRASIL, lei nº6.229/1975). Para o Ministério da Previdência ações voltadas para a saúde individual.

O alto custo; a ampliação dos beneficiário e; a ausência de fiscalização dos convênios entre público e privado geraram a crise do INPS. Com isto, houveram sucessivas tentativas de racionalizar os custos e centralizar as ações da previdência. Em 1978, foi criado o Sistema Nacional de Previdência e Assistência Social (SINPAS) com o objetivo de disciplinar a concessão e manutenção de benefícios e prestação de serviços, o custeio de atividades e programas, a gestão administrativa, financeira e patrimonial da previdência; e o Instituto Nacional de Assistência Médica e de Previdência Social (INAMPS) para melhor administrar os repasses de verba entre o poder público e o setor privado.

O INAMPS tinha enquanto responsabilidade prestar assistência à saúde de seus associados, através de atendimento ambulatorial e hospitalar, além de contratar serviços privados. Sua assistência beneficiava apenas os trabalhadores com vínculo formal e seus dependentes, ou seja, não tinha o caráter universal.

Contata-se que a assistência à saúde nessa época estava dividida em três categorias: para aqueles que podiam pagar diretamente pelos serviços; para aqueles que tinham direito a assistência prestada pelo INAMPS e; para aqueles que não tinham nenhum direito, ficando à cargo das ações do Ministério da Saúde ou da filantropia.

Ainda sob o governo Geisel, ocorrem a 5ª e 6ª CNS, em 1975 e 1977, respectivamente, que discutiram o Sistema Nacional de saúde, o quadro de saúde do Brasil na época e a política de saúde.

Tais fatos permitiram a consolidação do modelo previdenciário-privatista, com a prática médica visando o lucro; focalizada na doença e, portanto, inserida ainda no paradigma flexeneriano; baseado no curativismo e individualismo e; que fragmentava a

população no acesso à serviços de saúde. As ações de saúde desenvolvidas eram de cunho centralizador, distanciando-se do princípio da integralidade. A predominância deste modelo se deu até meados do anos de 1980, pois é neste período autoritário e repressivo e no cenário de exclusão da maior parte da população ao direito à saúde, que constituía a assistência prestada pelo INPS, que nasce o movimento da Reforma Sanitária Brasileira sustentado pelo modelo de produção social da saúde, se contrapondo ao modelo de saúde vigente no país, lutando por um modelo de atenção universal, justo, igualitário e integral, capaz de atender as demandas de saúde de toda a população brasileira.

#### 1.3.4.1 Movimento da Reforma Sanitária, democratização do Estado Brasileiro e o Sistema Único de Saúde

O movimento da Reforma Sanitária é considerado um

*“Conjunto organizado de pessoas e grupos partidários ou não articulados ao redor de um projeto (Escorel, 1998), cujo desenho e conteúdo foram sendo construídos ao longo do tempo a partir de um conjunto de práticas que Arouca (1976) caracterizou em três níveis: a prática teórica (construção do saber), a prática ideológica (transformação da consciência) e a prática política (transformação das relações sociais)” (Carvalho, 1995, p.48).*

Este movimento constituído por médicos, intelectuais e lideranças políticas do setor saúde, articula questões de saúde com questões políticas. Recebeu influência do modelo da Reforma Sanitária Italiana, tecendo uma grande crítica ao modelo prevalecente, baseado no crescimento da financeirização do setor privado subsidiado pelo setor público.

Em sua origem, influenciou o movimento estudantil no processo de crítica e modificação da abordagem da saúde focada na doença. Posteriormente, demais movimentos sociais passaram a se incorporar neste processo de construção, fortalecendo

o movimento em plena ditadura militar.

Ganha força no interior das escolas dos Departamentos de Medicina Preventiva e Social, locais praticamente ignorados pela repressão militar, que não identificava o caráter político de suas discussões. Estes órgãos de fomento a produção do conhecimento, apropriam-se da teoria marxista (materialismo dialético e materialismo histórico) que aponta que a doença está socialmente determinada.

Para Fleury (1988:196), o movimento da Reforma Sanitária brasileira (RSB) imprime uma leitura socializante dos problemas enfrentados no setor de saúde diante de uma prática condicionada ao lucro, criticando sua ineficiência, enquanto alternativa de organização de um sistema de saúde capaz de responder as demandas sociais.

O movimento da RSB propôs então, transformações no setor, defendendo a saúde enquanto direito de acesso universal, sem distinção entre trabalhadores urbanos, rurais e desempregados; a construção de um sistema único, estatal e público; um sistema descentralizado; ações integrais de saúde e; a participação popular. Tendo como participantes fundamentais os profissionais de saúde, o movimento sanitário, os partidos políticos de oposição e os movimentos sociais urbanos.

Para o sanitarista Euletério Rodriguez o movimento da RSB ia contra ao modelo de atenção vigente de cunho racionalizador, propondo um sistema único. Para ele:

*“O SUS é um sistema único porque é público, não e nem deverá ser um sistema misto de saúde, pois será sua morte a incorporação da mercantilização da saúde no interior do público” (Revista Radis, n°148, 2015, p.28).*

Corroborando as ideias de Arouca (1976), Escorel (1988) descreve as três dimensões do movimento, que implicam no domínio de um pensamento crítico capaz de entender a saúde de modo mais amplo, articulando-a com o modo de organização da sociedade e capaz de propor ações que viabilizem a constituição da saúde enquanto direito, possibilitando assim, mudanças nas relações sociais. Para a autora as três

dimensões do movimento são:

- Prática política: constituída por profissionais da área acadêmica foi responsável pela construção de um marco teórico capaz de sustentar as propostas transformadoras. Os Departamentos de Medicina Preventiva (DMP) das faculdades de medicina serviram de base para a formulação teórica e ideológica do pensamento médico-social deste movimento, que, apropriado na teoria marxista - o materialismo dialético e histórico- (Escorel, 2008) entende que o processo saúde-doença não se restringe somente à dimensão biológica, pois este também é determinado por fenômenos sociais e históricos presentes nos processos de produção e reprodução social (Paim, 1977).
- A prática teórica: composta pelo Centro Brasileiro de Estudo em Saúde (CEBES), Associação Brasileira de Pós-Graduação em Saúde Coletiva (ABRASCO), criados em 1976 e 1979 respectivamente, considerados principais espaços de reflexão e instituições responsáveis pela difusão das informações, materialização do pensamento médico-social e ampliação do debate. Segundo Paim (2011):

*“A concepção política e ideológica do movimento pela reforma sanitária brasileira defendia a saúde não como uma questão exclusivamente biológica a ser resolvida pelos serviços médicos, mas sim como uma questão social e política a ser abordada no espaço público” (PAIM, 2011, p.18).*

- Prática ideológica: representada pelos Movimentos de Médicos Residentes e de Renovação da Medicina, significou uma ação coletiva de tomada de consciência para debater e melhorar a prática médica e as relações de trabalho (ESCOREL, 1988).

Como apontado anteriormente, o movimento da RSB teve papel decisivo ao

formular explicações sobre o conceito de integralidade. Seus amplos debates acerca deste e de outros conceitos propiciaram a incorporação de seus anseios na formulação e implementação da política de saúde atual (Texeira e Solla, 2005).

Os anos 80 iniciam com a crise das políticas setoriais do governo militar; grande efervescência popular; expressivas desigualdades sociais; altas taxas de desemprego; e casos de corrupção. A questão da saúde pública se faz presente mediante a crise sanitária, altas taxas de mortalidade geral, surto de meningite e de doenças infecto parasitárias. A Previdência Social também é abatida por uma crise, gerada pelo desequilíbrio financeiro.

Diante disto, o Estado adota ações recessivas, além de criar o Conselho Nacional de Administração da Saúde Previdenciária (Conasp) para organizar e aperfeiçoar a assistência médica, além de gerir os gastos da instituição. Para Levcovitz (1997):

*“A partir do plano do CONASP, foi implementada a estratégia das Ações Integradas de Saúde – AIS, visando alcançar níveis de articulação institucional que viabilizassem ações mais eficientes e eficazes” (LEVCOVITZ, 1997).*

O Conasp estabeleceu parâmetros de atuação para a assistência médica, através do Plano de Reorientação da Assistência à Saúde no âmbito da Previdência Social. Dentre as ações deste plano, estava o Programa de Ações Integradas de Saúde (PAIS) que previa ações trilaterais (Ministério da Previdência e Assistência Social, Ministério da Saúde e governos estaduais) na oferta de serviços de saúde. Contudo, a previdência ainda mantinha sua cobertura apenas para seus assegurados.

Em 1980, foi realizada a 7ª CNS com o intuito de debater sobre a implementação e desenvolvimento do Prevsau, um programa cujos objetivos eram oferecer serviços básicos de saúde à população através da articulação dos Ministérios da Saúde e da Previdência e Assistência social; a universalização da cobertura de serviços básicos; a

hierarquização da oferta de serviços por níveis de complexidade, tendo a atenção primária como porta de entrada; e a participação popular. Para tanto, se fazia necessário defender o fortalecimento e expansão da rede pública de saúde (Faleiros et al., 2006, p.103). Por incentivar a participação popular e o setor público em detrimento do privado a proposta encontrou grande resistência e não foi efetivada.

O PAIS, que logo se tornara AIS, tinha como princípios o estabelecimento da responsabilidade do poder público; a pretensão de alcançar a integralização das instituições; a descentralização; regionalização e hierarquização de todos os serviços públicos e privados; e a democratização. Para Escorel (2008), com o PAIS inicia-se o processo de universalização da saúde e a inserção dos ideários do movimento sanitário no INAMPS.

Com uma economia que apresentava alta taxa de inflação; sucessivas crises; alta taxa de desemprego o povo brasileiro foi às ruas munidos de uma enorme insatisfação pedir o fim do regime militar e a volta da eleição direta para presidente. Neste cenário foi eleito, por voto indireto, o primeiro presidente civil após os vinte anos de ditadura militar, Tancredo Neves. Com seu falecimento precoce, José Sarney assume a presidência em 1985, últimos anos de Guerra Fria e período de crises internacionais. Com o intuito de redemocratização legaliza partidos comunistas, antes considerados ilegais; aprova eleições diretas para presidente, prefeito e governador; estende o direito ao voto direto para os analfabetos; e promove a Assembléia Constituinte.

O governo Sarney foi marcado por planos econômicos de contenção da inflação, todos sem sucesso que previam mudanças na moeda; congelamento dos preços das mercadorias; o reajuste salarial; aumento de tributos e; o congelamento dos preços e salários. Essas ações resultaram em uma crise no comércio, com queda de produção e crise de abastecimento e trouxe novamente altas taxas de inflação.



Na segunda metade da década de 1980 o INAMPS adotou medidas que representaram avanços na questão do acesso à assistência à saúde, tais como o fim da exigência de Carteira do Trabalho e da Carteira de Beneficiário para aqueles que buscavam seus serviços e a incorporação de trabalhadores rurais, até então precariamente assistidos pelo FUNRURAL, equiparando assim, a assistência à saúde sem distinção de vínculo trabalhista.

Em 1986, ocorre a 8ª CNS com o objetivo de discutir a Saúde enquanto direito de todos e dever do Estado; a reformulação do Sistema Nacional de saúde; e o financiamento setorial (Ministério da Saúde) e; a definição das estratégias a serem defendidas na Constituinte de 1988 (Paim, 2011).

Considerada o marco na luta por uma saúde universal, a 8ª CNS contou com a presença de mais de 4 mil pessoas, dentre eles profissionais da saúde e representantes da sociedade civil. Representando a pré constituinte da saúde, pois dois anos após seus ideais foram incorporados na Lei Orgânica da Saúde.

Em seu relatório final, a saúde é definida em seu sentido amplo,

*“a saúde é resultante das condições de alimentação, habitação, educação, renda, meio-ambiente, trabalho, transporte, emprego, lazer, liberdade, acesso e posse da terra e acesso a serviços de saúde. É, assim, antes de tudo, o resultado das formas de organização social da produção, as quais podem gerar grandes desigualdades nos níveis de vida.”* (8ª CNS- Ministério da Saúde).

Para Escorel (2008), o relatório final da 8ª CNS foi essencial para a implementação do Sistema Unificado e Descentralizado de Saúde (Suds); da Comissão Nacional da Reforma Sanitária (CNRS); e da Plenária Nacional de Saúde.

O SUDS tinha como principais objetivos a descentralização das ações de saúde, apresentando como suas diretrizes: a universalização e a equidade no acesso aos serviços; a integralidade dos cuidados à saúde. Passa a ser considerado como “precursor do próprio texto constitucional: o Sistema Único de Saúde, preconizado nos artigos 196 a

200 da Carta Magna” (MINISTÉRIO DA PREVIDÊNCIA E ASSISTÊNCIA SOCIAL, 1989). Já a CNRS e a Plenária Nacional de Saúde foram responsáveis por elaborar e defender a proposta da saúde - em seu conceito amplo, (norteados pelo relatório final da 8ª CNS) a ser incorporada na Constituição.

Em 1988, é instituída a Constituição Federal que deu origem à inúmeros direitos sociais, dentre eles a Seguridade Social, baseada no tripé: Saúde, Previdência e Assistência Social. Os artigos 196º e 200º definem a saúde enquanto “direito de todos e dever do Estado, garantido mediante políticas sociais e econômicas que visem à redução do risco de doença e de outros agravos e ao acesso universal e igualitário às ações e serviços para a promoção, proteção e recuperação” (Brasil-Senado, 1988), além de determinar a implementação do Sistema Único de Saúde (SUS) descentralizado, hierarquizado e de acesso universal.

Tendo em vista a conjuntura adversa do governo Collor, o SUS só é regulamentado em 1990 por intermédio da Lei Orgânica da Saúde (LOAS) -Lei 8.080/90 que estabelece a saúde enquanto direito universal e a responsabilidade do Estado como garantidor de serviços e ações que contribuam para a promoção, proteção e recuperação da saúde; a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes (BRASIL, 1990). É instituído assim, o Sistema único de Saúde - SUS.

Em seu art. 3º a LOAS (1990) reconhece a saúde de modo amplo, entendendo que diversos aspectos, tais como a alimentação, moradia, acesso a serviços essenciais, entre outros influenciam diretamente na saúde. Passa a ter então, uma leitura biopsicossocial da saúde, necessitando assim, de uma intervenção multiprofissional, interdisciplinar, intersetorial e em rede.

O SUS baseia-se nos princípios da:

- universalidade: trata a saúde enquanto direito de todos, superando assim o acesso

excludente do modelo anterior;

- integralidade: prevê a indissociação das ações de promoção, proteção e recuperação da saúde; a garantia de que cada local e pessoa com diferentes necessidades sejam contempladas pela oferta adequada dos serviços de saúde em todos os níveis de atenção;
- equidade: tem relação direta com os conceitos de igualdade e justiça, pois busca diminuir as desigualdades, proporcionando uma assistência à saúde de acordo com as necessidades, particularidades e prioridades de diversos grupos e indivíduos, através de atendimento igualitário sem privilégios e/ou qualquer forma de discriminação.

O SUS apresenta também três diretrizes que devem estar articuladas com os princípios, são elas:

- Descentralização: corresponde à distribuição de poder político, de responsabilidades e de recursos do nível federal para o estadual e municipal, com ênfase na autonomia destas instâncias federativas.
- Regionalização e hierarquização: entendida a capacidade de traçar perfis populacionais e perfil epidemiológico (especificidades territoriais) para oferecer suporte adequado a cada território, assim como estruturar os serviços de atenção à saúde (atenção primária, secundária e terciária) para dar total suporte às demandas requisitadas.
- Participação da comunidade: estabelece a participação popular na formulação, acompanhamento e formulação de políticas e ações na saúde. Esta participação pode ser feita através dos Conselhos de saúde ou Conferências de saúde.

De modo a contemplar seus princípios e diretrizes a política de saúde passa a

estruturar seus serviços, responsabilidades e ações em três níveis de atenção:

- Nível primário ou atenção básica: configura-se na oferta de serviços ambulatoriais, ações de promoção da saúde (vacinação, pré-natal...) e prevenção e detecção de doenças (hipertensão, diabetes...) através de Postos e Centros de Saúde;
- Nível secundário ou média complexidade: formada pela oferta de serviços especializados em nível ambulatorial e hospitalar, de apoio diagnóstico e terapêutico (internação) e atendimento de urgência e emergência contando com um aparato tecnológico considerável. Esse nível conta com maternidades, pronto-socorros, clínicas, casas de saúde ou centros médicos especializados.
- Nível terciário ou alta complexidade: oferta de serviços e procedimentos de alta complexidade que dependem de alto nível de especialização pessoal e concentram alta tecnologia. Tais serviços e procedimentos concentram-se em hospitais gerais, clínicas e hospitais especializados no tratamento ou estudo de alguma doença (cardiologia, traumatologia, transplante, tratamento de câncer...).

No entanto, os anos 90 trouxeram mudanças no cenário político e econômico que impactaram no processo de implantação e implementação do SUS. Estes anos foram marcados pelo avanço da ofensiva neoliberal que instaurou profundas mudanças políticas, sociais, econômicas e institucionais no Brasil (NORONHA,2001) conduzidas através de Reformas (ou contrareforma<sup>4</sup>) do Estado. Tal ideologia preconizava a mínima intervenção do Estado, transferindo a responsabilidade do desenvolvimento econômico e social para esfera privada, através da privatização, descentralização e terceirização dos serviços públicos. Para Therborn (1995, p.39), “o neoliberalismo é uma superestrutura

---

<sup>4</sup>Com a justificativa que a forte intervenção estatal poderia acarretar em uma crise econômica, o Estado passa a transferir para a sociedade civil e o mercado a responsabilidade de implantação das políticas sociais. A contra reforma significou assim, uma reação conservadora através de cortes orçamentários nas políticas sociais conquistadas anteriormente pela Constituição de 1988, favorecendo o processo de privatização e corte nos gastos destas (Behring (2003).

ideológica e política que acompanha uma transformação histórica do capitalismo moderno” (SOARES, 2001).

Em suma, o neoliberalismo se caracteriza por reduzir o papel do Estado e apresentar um pensamento mercadológico, focalizador e privatista. Sua afirmação representou um ataque ao projeto inscrito na Constituição Federal de 88, garantidor de direitos sociais à população brasileira, pois avançava no sentido de desmontar tais direitos; contribuindo para a precarização do trabalho e um cenário de desemprego estrutural; incentivava o desmonte da previdência pública e o sucateamento das políticas públicas (saúde, educação...).

Nesta década a saúde vivenciava a restrição do financiamento público; a dicotomia entre ações curativas e preventivas, rompendo com a concepção de integralidade proposta pelo SUS e dificultando a mudança do modelo de assistência à saúde sobre as bases do paradigma de produção social da saúde. Ademais há que se considerar que nesta período se coloca na arena política do setor saúde a tensão entre dois projetos: o Projeto de Reforma Sanitária, construído na década de 80 e inscrito na Constituição de 1988 e o Projeto Neoliberal, com tendências de mercantilização das políticas públicas, sobretudo da saúde (BRAVO, 2004).

Percebe-se que este período foi extremamente rico para a saúde que teve seu conceito ampliado, considerando os determinantes sociais presentes no adoecimento; com ações que visavam a criação de um sistema único de atenção à saúde; reconhecida esta enquanto direito de todos e dever do estado. A defesa da atenção integral ganha espaço na política de saúde, tendo como principal defensor o Movimento de Reforma Sanitária, superando assim, o modelo de atenção flexneriano de atenção fragmentada e reducionista e fundamentando-se no modelo da produção social da saúde.

Contudo, apesar dos avanços por uma saúde de qualidade e de acesso universal,

percebe-se o avanço da ofensiva neoliberal que estimula o sucateamento das políticas públicas, sobretudo a saúde para incentivar o setor privado.

Mediante tais questões focamos a seguir nos dois últimos governos brasileiros de Lula da Silva e no primeiro de Dilma Rousseff, tendo em vista que estes se elegeram com promessas de realização de um projeto democrático, destacando-se neles a política pública de saúde aí desenvolvida.

### 1.3.5 Era Lula (2003-2010): avanços e contradições na política de saúde

Século XXI e o Brasil encontra-se num momento de esgotamento da política do governo Fernando Henrique Cardoso (FHC). A economia mantinha-se estagnada com altas taxas de desemprego e o crescimento da dívida externa. Luiz Inácio Lula da Silva, filiado ao Partido dos Trabalhadores (PT) é eleito em 2002. Sendo um representante da esquerda e da classe trabalhadora, sua eleição gerou grandes expectativas. Para Bravo (2004), Lula manteve a política macroeconômica de seu antecessor, com políticas sociais fragmentadas, focalizadas e subordinadas a lógica do mercado. Contudo apresentou inovações, tais como a suspensão das privatizações e a promoção de um projeto neodesenvolvimentista<sup>5</sup>.

Lula desenvolveu ações que provocaram o crescimento econômico e mudanças no cenário social, tais como a continuidade do Programa de Erradicação do Trabalho Infantil

---

<sup>5</sup>É um fenômeno recente e localizado, indissociável das particularidades da economia e da política brasileira, (ARRUDA,2012:678). Caracteriza-se por um conjunto de medidas implementadas como estratégias voltadas para a recuperação da crise capitalista; recomposição das taxas de lucratividade e; concentração de riquezas do capital. Seus efeitos são evidenciados nos âmbitos econômico, político e social (PFEIFER,2013).

(Peti); Luz para todos; Brasil Alfabetizado e Educação de Jovens e Adultos (EJA) e; Programa Universidade para todos (Prouni). Paim (2011), expõe dados que apontam melhorias na taxa de desemprego, de analfabetismo e no índice de pobreza<sup>6</sup>.

Bravo (2004) aponta ainda, que as políticas sociais na Era Lula se fundamentam em três eixos:

1. Projeto Bolsa família: programa de transferência de renda para famílias que encontram-se abaixo ou na linha de pobreza;
2. Contrarreforma da Previdência: reduziu direitos trabalhistas; privatizou recursos públicos e; ampliou os espaços de acumulação do capital. Caracterizou-se por ser antidemocrática e promoveu uma redistribuição de renda às avessas (BRAVO,2004).
3. Recursos da seguridade social: a incorporação de diversas alterações na estrutura tributária, o que significou a redução do financiamento das políticas sociais. Com a desconstrução da capacidade de financiamento da seguridade, a construção e a efetividade dos direitos constitucionais tornam-se inviáveis.

Na saúde Lula implementou em seu primeiro mandato o Serviço de Atendimento Móvel de Urgência (SAMU); a Política Nacional de Saúde Bucal (Brasil Sorridente); Farmácia Popular entre muitas outras ações que permitiram a ampliação do acesso à serviços de saúde.

Bravo (2004), afirma ainda que Lula em alguns aspectos buscou fortalecer a Reforma sanitária em outros a reforma privatista. Na busca de fortalecer os ideais da Reforma sanitária houve o retorno da concepção de Reforma Sanitária; a escolha de

---

<sup>6</sup> Em 2007, a taxa de desemprego era de 8,2%.A taxa de analfabetismo caiu de 33,7% em três décadas para 10,0% em 2008. Já o índice de pobreza diminuiu de 68% em 1970 para 31% em 2008. Tal melhoria pode ser explicada pela combinação de políticas sociais ( sistema de seguridade social e o programa de transferência renda chamado Bolsa Família) e aumentos no salário-mínimo.

profissionais com a Reforma Sanitária para ocupar grandes cargos no Ministério; criação secretarias na saúde que fortaleceram os princípios do SUS (Secretaria de Gestão do Trabalho em Saúde; Secretaria de Atenção à Saúde; Gestão Participativa); a convocação extraordinária da 12ª Conferência Nacional de Saúde para debater e definir as principais diretrizes a serem incorporadas ao sistema de saúde que seriam incorporadas no plano plurianual de saúde do governo.

Porém, destaca-se traços que mantêm o compromisso com a lógica do mercado: a precarização e focalização das políticas de saúde; um grande desfinanciamento dos recursos da saúde (da Seguridade social com um todo); terceirização dos recursos humanos; incentivo à dupla entrada ao sistema de saúde que se manifesta como um ataque ao acesso igualitário previsto no SUS e; falta de vontade política para viabilizar a concepção de Seguridade Social (BRAVO, 2004).

Na alta complexidade, nota-se o fortalecimento dos vínculos dos hospitais universitários com o Sistema Único de Saúde (SUS), através da recomposição dos quadros de servidores e novo financiamento dos Hus; estruturação de serviço de emergência, com o lançamento do Programa Nacional de Atenção Integral às Urgências; criação do Serviço de Atendimento Móvel de Urgência (SAMU) e; o estímulo e apoio à criação de Centrais de Regulação Regionais das Urgências.

No final de seu primeiro mandato, afirmou o Pacto pela saúde (2006) com o objetivo de rediscutir a organização e o funcionamento do SUS e avançar na sua efetiva implementação. Contudo, seu segundo mandato apresenta compromisso com o projeto privatista através da criação de Fundações estatais com direito privado (OSCIP; OS; EBSEH...); incentivo à terceirização da gerência e gestão e; contratação por vínculos precários.

Vivencia-se um projeto de saúde articulado ao mercado, o qual apresenta como



principais características a focalização de atendimento às populações vulneráveis; ampliação da privatização; estímulo ao seguro privado; descentralização dos serviços em nível local e; eliminação da vinculação de fonte com relação ao financiamento (CFESS, 2010).

No âmbito da integralidade, cria-se a Secretaria de Atenção à Saúde com o objetivo de unificar as ações dos três níveis de atenção e discute-se na 12ª CNS a necessidade da atuação intersetorial das ações de saúde para equacionar determinados problemas, há de se ressaltar que a intersetorialidade requer um esforço ampliado da sociedade como um todo na obtenção de um tratamento com qualidade, humanizado, integral e contínuo.

Ainda que essas ações buscassem fortalecer a integralidade, a política da saúde na Era Lula sofreu impactos da política macroeconômica, tendo o não enfrentamento das questões cruciais como a universalização e financiamento efetivo e; dando ênfase na focalização de suas ações, na precarização dos serviços e na terceirização dos recursos humanos (BRAVO, 2004), distanciando cada vez mais o SUS constitucional do real.

Apesar de enfrentar uma crise econômica em 2008/2009 e vivenciar escândalos políticos (Mensalão, Correios...) Lula atingiu um alto nível de aprovação popular. Deixando para sua sucessora, Dilma Rousseff grandes responsabilidades e desafios.

#### 1.3.6 Governo Dilma (2010-2014): avanço do processo de privatização na política de saúde

A vitória de Dilma Rousseff nas eleições representou um marco na história da política brasileira, pois Dilma é a primeira mulher eleita como presidente. Seu passado é marcado pela participação em organizações de esquerda que combatiam a ditadura militar (1964-85), com isso, foi alvo de perseguição política, presa e torturada por

militares.

Em seu programa de governo afirma que, sob sua presidência, o Brasil iniciará *“um novo ciclo de mudanças, para superar problemas estruturais e seculares que ainda impedem o desenvolvimento pleno de um país mais justo”* (Programa de Governo, Dilma Rousseff, 2010). Dilma dá continuidade aos programas e ações do governo anterior, marcado por políticas focalizadas e de distribuição de renda.

Na saúde, Dilma destaca como prioritário qualificar a assistência prestada pelo SUS e a consolidação de seus princípios. Em contrapartida, estabelece parcerias com o setor privado. Assim, observa-se a continuidade dada pelo governo anterior, ampliando de forma significativa a parceria do Estado com as Organizações Sociais (Oss); Organizações da Sociedade Civil de Interesse Público (OSCIPs); Fundações Estatais de Direito Privados na gerência das ações de saúde (BRAVO & MENEZES, 2010). Tais parcerias representam um ataque aos princípios do SUS; incentivo à mercantilização da saúde; precarização da qualidade dos serviços do SUS e; ameaça aos vínculos estáveis dos profissionais de saúde.

Dentre elas, destaca-se a Empresa Brasileira de Serviços Hospitalares (EBSH), uma empresa pública de direito privado, que prevê a gerência e reestruturação dos serviços ofertados nos hospitais universitários; o Conselho Consultivo, dando fim ao controle social e; a contratação por CLT e temporária, acarretando na instabilidade da carreira profissional e numa grande rotatividade de profissional, comprometendo a continuidade e qualidade da assistência.

Na saúde, Dilma aponta prioridades e solicita ênfase nas ações de atenção à Saúde da Mulher gestante e da Criança, criando o Brasil Carinhoso (2012), Rede Cegonha (2011), responsável pelos cuidados com a gestação, puerpério e dos primeiros anos da criança; maior atenção na saúde das mulheres acometidas pelo câncer de mama

e de útero, por meio do Plano nacional de fortalecimento da rede de prevenção, diagnóstico e tratamento do câncer (2011); cria estratégias de enfrentamento ao crack e outras drogas, através do Plano Integrado de Enfrentamento ao Crack e outras Drogas (2010); cria programa “Aqui tem Farmácia Popular”, que busca ofertar medicamentos específicos com custo abaixo do mercado e; implementa as Unidades de Pronto Atendimento – UPA 24 horas (BRAVO, 2011).

Nestes 11 anos de governo petista - e não somente - nota-se que a Seguridade Social é atacada constantemente em favorecimento da lógica do mercado, inviabilizando assim sua efetivação. O acesso desigual aos serviços de saúde; o caráter hospitalocêntrico das ações de saúde; um modelo de atenção focalizado na doença e; um avanço da privatização e terceirização dos serviços de saúde também são características deste governo que fortalecem o paradigma flexneriano, significando um retrocesso aos ganhos advindos após décadas de lutas e conquistas da Reforma Sanitária.

Apesar dos inúmeros avanços, a Política de Saúde brasileira ainda apresenta limitações e é constantemente ameaçada pelo desmonte das políticas sociais públicas. Para Gama (2006), o SUS atualmente apresenta enormes lacunas na medida em que segmenta os usuários; os individualiza; tem uma leitura biologizante da doença, não interpretando os determinantes sociais presentes no adoecimento, não contemplando assim a integralidade. Além de ser um modelo menos eficiente e cada vez mais insatisfatório na resolução das demandas dos usuários. Neste sentido Bravo (2011), destaca enquanto um dos maiores desafios da atualidade para a saúde brasileira é a luta para a consolidação do SUS constitucional e a resistência frente ao processo de privatização e sucateamento dos serviços públicos de saúde. Ao longo do seu desenvolvimento este trabalho aponta o paradigma de saúde e a concepção de integralidade que vêm permeando a política de saúde brasileira na sua trajetória histórica.

No próximo capítulo se refletirá sobre a relação da concepção do paradigma de saúde e da integralidade (adotada pelo movimento de RSB) na atenção à saúde da mulher, na atenção oncológica.

## 2 Saúde da Mulher : alguns elementos para discussão

### 2.1 A construção da atenção integral à saúde da mulher: avanços na esfera dos direitos à saúde e desafios a sua viabilização

Numa conjuntura a qual as respostas governamentais não respondiam as necessidades presentes no adoecimento da mulher, nem tampouco se inscreviam numa perspectiva de emancipação ( MATTOS, 2005, p.12) observa-se a necessidade de debates em torno dos direitos da mulher. O Movimento Feminista<sup>7</sup> foi protagonista neste debate, firmando sua luta em favor do reconhecimento da cidadania das mulheres, para inserção das demandas na agenda política nacional e na colaboração da construção do conceito de direito sexual e reprodutivo.

Para Mattos (2005), o primeiro contato entre saúde e integralidade no Brasil se deu através da contribuição do movimento feminista, que travou sua luta contra o pensamento reducionista dos problemas de saúde da mulher. Sua principal crítica fundamentou-se na insuficiência do modelo de atenção vigente em não considerar “*os contextos culturais e as diversas formas de dominação que conferiam especificidades ao adoecimento das mulheres*” (MATTOS, 2005, p.12). São criadas inúmeras organizações de mulheres em prol desta luta.

A política pública de saúde voltada para as mulheres, nas primeiras décadas do século XX se restringiam apenas à sua especificidade biológica, enfocando apenas na gravidez e no parto. Limitando assim, a saúde da mulher à maternidade ou à ausência de doença, associada ao processo de reprodução (COELHO, 2003). A concepção biologist

---

<sup>7</sup> O movimento feminista é um movimento sociocultural, que desde sua origem, luta por uma sociedade justa e igualitária, sem discriminação de gênero e pela garantia dos direitos humanos, sobretudo das mulheres diante da violência e discriminação que vivenciam. (KLEBA,2010)

da mulher passa a ser superada a partir do ano de 1984, no Encontro sobre Direitos Reprodutivos, em Amsterdã e se consolidada na década seguinte após a Conferência de Cairo, em 1995. A crítica à esses programas verticais e reducionistas, como o Programa Materno-Infantil (1975), propiciaram o debate e a implementação de ações baseadas na integralidade na atenção à saúde da mulher (PAIM, 2011, p.12).

Em 1984, é implementado no Brasil o Programa de Assistência Integral à Saúde da Mulher (PAISM), objetivando atender a mulher em todas as fases de sua vida, considerando a individualidade e direitos, estabelecendo enquanto responsabilidade do Estado efetivar e garantir, a partir do compromisso do setor da saúde com a promoção da qualidade de vida da mulher os direitos à liberdade sexual; o compromisso com a erradicação da violência de gênero e; direitos sexuais e reprodutivos (Brasil, 2006). Desta forma, o PAISM (1984) supera uma perspectiva reducionista, até então hegemônica, de saúde da mulher restrita à maternidade, incorporando os ideais feministas para atenção à saúde integral da mulher, considerando-as múltiplas necessidades de saúde (Correa, 1993).

Vale destacar que o PAISM (1984), esteve desde sua criação em consonância com o princípios da Reforma Sanitária, estabelecendo ações educativas; de promoção; preventivas e; de diagnóstico, tratamento e recuperação que incluem assistência em diversas especialidades, durante todas as fases de vida da mulher.

Em 2004, o Programa tornou-se a Política Nacional de Atenção Integral à Saúde da Mulher (PNAISM) que estabelece enquanto princípios norteadores a concepção de gênero; a integralidade e; a promoção da saúde.

A PNAISM (2004) se estrutura na perspectiva de gênero. Para Villela e Oliveira (2007:319), a *“abordagem de gênero na saúde implica o esforço de desvendar como as ideias de feminilidade e masculinidade permeiam as práticas sociais, definindo*

*comportamentos, sentimentos e interações humanas, de modo a possibilitar intervenções mais efetivas sobre a saúde.*” É compreensível aqui, que a categoria gênero é construída social e culturalmente, perpassando por todas relações sociais, estabelecendo diferenças e desigualdades entre homens e mulheres, inclusive no processo saúde-doença.

Portanto, ao compreender a desigualdade entre gêneros, reconhece-se que a categoria gênero é fundamental para formular políticas sociais; entender a dinâmica/oferta dos serviços de saúde, bem como compreender os determinantes sociais presentes no adoecimento e suas implicações para a adesão e continuidade do tratamento.

Para Lagarde (1996), a crescente incorporação da categoria gênero na elaboração de políticas sociais públicas têm permitido avanços na emancipação dos direitos das mulheres. Afirmando ainda, ser fundamental superar a lógica binária (homem X mulher) para a construção de uma sociedade justa e igualitária entre os sexos.

A política em loco, representou um grande avanço para a integralidade ao considerar a saúde da mulher sob diversos aspectos, busca-se nela elaborar ações que considerem as várias etapas da vida da mulher (adolescência, gravidez, climatério/menopausa), além de reconhecer as diferenças (de classe, étnica, racial, religiosa, dentre outras) dentro do segmento feminino, incluindo assim suas necessidades (mulheres rurais, com deficiência, negras, indígenas, presidiárias e lésbicas) e atendendo-as através de ações estratégicas.

No que se refere à promoção de saúde, ao reconhecer que os padrões distintos de adoecimento e tratamento da saúde da mulher estão atrelados à desigualdade social e de gênero, a PNAISM (2004) busca compreender esses padrões, através de estudos epidemiológicos e identificação dos determinantes sociais presentes no modo de adoecer, planejando ações de prevenção e promoção de saúde nos três níveis de atenção.

Seus objetivos são: promover melhoria das condições de vida das mulheres;

contribuir para a redução da morbidade e mortalidade feminina e; ampliar, qualificar e humanizar a atenção integral à saúde da mulher no SUS (BRASIL, 2004). Entendendo assim, que essas ações contribuem para a emancipação das mulheres.

A PNAISM (2004) destaca dois pontos essenciais na sua assistência, a humanização e a qualidade. A assistência humanizada pressupõe ir além do bom relacionamento entre profissionais e usuários, de uma escuta e redução de tensões. Práticas humanizadas permitem aos profissionais identificarem e analisarem os determinantes sociais do processo saúde-doença, as condições de trabalho e os modelos assistencial e de gestão. Humanizar significa criar uma assistência pautada na centralidade dos sujeitos, tornando indispensável a participação dos usuários nesse processo de revisão do projeto de saúde e ruptura com o modelo centrado na doença, resultando na qualidade da assistência, a qual está assentada na consideração dos diversos aspectos que englobam a saúde da mulher, reafirmando a superação do caráter biologistas (BRASIL, 2004), o que indica, por sua vez, a necessidade de uma atuação multiprofissional e interdisciplinar. Percebe-se então, que os conceitos de qualidade e humanização estão intrinsecamente relacionados ao conceito de integralidade na PNAISM (2004).

Os conceitos, princípios e objetivos adotados na PNAISM (2004) apontam para a superação do paradigma flexneriano e a influência do paradigma da produção social da saúde.

Em 2005, foi implementada a Política Nacional de Direitos Sexuais e de Direitos Reprodutivos (2005) que bebe do caldo cultural das Conferências Internacionais e conceitual da PNAISM (2004) garantindo o exercício individual, livre e responsável, da sexualidade e reprodução humana. Assegurando a autodeterminação sobre o número de filhos e os intervalos entre seus nascimentos; sobre a orientação sexual e; o acesso



meios necessários para o exercício livre e seguro das funções sexuais e reprodutivas sem sofrer discriminação, coerção, violência ou restrição de qualquer natureza (VENTURA, 2009).

Apesar dos avanços, percebe-se entraves na efetivação desta política que preconiza o atendimento humanizado e integral à mulher, visto que ainda há a predominância de ações e estratégias voltadas para a saúde sexual e reprodutiva, favorecendo ainda a restrição da saúde da mulher, não abarcando assim, suas diversas demandas explícitas e implícitas no adoecimento; a exclusão de certos segmentos da sociedade, como as prostitutas, um segmento vulnerável a doenças sexualmente transmissíveis e a violência; ações pontuais e fragmentadas; dificuldade no acesso dos serviços nos três níveis; tratamento inadequado às usuárias (desrespeito, violência obstétrica, moralização da doença...) e; insuficiência na articulação dos três níveis de atenção e na construção de uma rede de referência e contra-referência.

No que se refere ao câncer de mama a PNAISM objetiva reduzir a morbimortalidade com ações estratégicas que envolvem a oferta de serviços de saúde dos três níveis de atenção. Um ano após sua institucionalização, a PNAISM (2004) ganha uma aliada no favorecimento deste seu objetivo, a Política Nacional de Atenção Oncológica (2005).

## 2.2 - A atual política de atenção oncológica do SUS

As primeiras ações brasileiras voltadas para o combate ao câncer remontam ao final da década de 1920. Neste período, as ações eram pontuais, com ênfase no

diagnóstico e tratamento, referenciados no Instituto de Radium, primeira instituição destinada ao tratamento de neoplasias. Pouca atenção era dispensada à prevenção (BARRETO, 2005).

O aumento da mortalidade pela doença, na década de seguinte chamou atenção do Governo, que adotou a primeira política nacional voltada para o controle de neoplasias, a qual deu origem ao Centro de Cancerologia do Serviço de Assistência Hospitalar do Distrito Federal, em 1937.

Apesar da ampliação das instituições de assistência médica aos acometidos por neoplasias, o caráter pontual permaneceu até a década de 1960. Quando houve o reconhecimento que a articulação entre as ações de prevenção, promoção e tratamento poderia promover a redução da mortalidade por câncer. Lançou-se então, a Campanha Nacional de Combate ao Câncer (CNCC) em 1967, que mobilizou ações de prevenção; diagnóstico; assistência médica; capacitação profissional; reabilitação e; incentivo de ensino e pesquisas oncológicas.

No final dos anos de 1990 inicia-se a ampliação e reestruturação da atenção oncológica brasileira. Este processo deu origem ao “Projeto Expande” - uma parceria das três esferas governamentais, o qual estabelece a criação e implementação de Centros de Alta Complexidade em Oncologia (CACON) -2005, responsável na oferta de serviços de diagnóstico; cirurgia, quimioterapia; radioterapia e; de cuidados paliativos, além de ter como objetivo a expansão da capacidade de assistência integral de qualidade aos acometidos por câncer, visando romper com a predominância do atual modelo assistencial biomédico (INCA, 2000).

Já nos anos 2000, é lançada a Política Nacional de Atenção Oncológica (2005) que prevê a promoção, prevenção, diagnóstico, tratamento, reabilitação e cuidados paliativos a ser implantada em todos os níveis de atenção à saúde (BRASIL, 2005). Suas ações são

estabelecidas conforme os princípios e diretrizes do SUS, no sentido em que busca desenvolver ações intersetoriais de promoção à saúde, bem como a busca pela ampliação da assistência aos acometidos pelo câncer, garantindo assim, o acesso universal, a equidade e a integralidade. No âmbito da integralidade, destaca-se enquanto componentes fundamentais desta política a realização de estratégias que superem a fragmentação das ações de saúde, através da articulação intersetorial; o estabelecimento de uma linha de cuidado que envolva os três níveis de atenção à saúde- rede de referência e contra referência; a ampliação da cobertura assistencial em todo território nacional, reconhecendo a diversidade na distribuição de neoplasias; a qualificação e promoção da educação profissional voltadas para os princípios da integralidade e da humanização (BRASIL, 2005).

Na busca por uma assistência integral, através da articulação dos três níveis de atenção à saúde, a política distribui a cada nível de atenção suas respectivas funções, são elas:

- Atenção básica: ações de promoção e prevenção do câncer, de caráter individual e coletivo; diagnóstico precoce e apoio terapêutico e; cuidados paliativos;
- Média complexidade: prestar assistência diagnóstica e terapêutica especializada; cuidados paliativos;
- Alta complexidade: garantir o acesso à serviços de alta complexidade; determinar estadiamento do câncer; cuidados paliativos;

Nota-se, ao falar de integralidade, lacunas na política em tela. Pois, esta não deixa claro a relevância do trabalho em equipe de forma interdisciplinar que deve orientar tal assistência, dando ênfase ao caráter médico, fortalecendo assim uma visão limitada de integralidade.

Além de ter o Instituto Nacional de Câncer- INCA como centro de referência de alta Complexidade para atendimentos ao câncer, a atenção oncológica conta ainda com o apoio de:

- Unidades de Assistência de Alta Complexidade em Oncologia (Unacon): hospitais terciários que prestem assistência especializada de alta complexidade para o diagnóstico definitivo e tratamento dos cânceres mais prevalentes no Brasil (mama, próstata, colo de útero). Obedecendo alguns critérios como a assistência de uma equipe multidisciplinar; a oferta de serviços de cirurgia oncológica, oncologia clínica, radioterapia, entre outros; além de possuir uma estrutura física e de recursos humanos necessária no atendimento às demandas ;
- Centro de Alta Complexidade em Oncologia (Cacon): hospitais terciários estruturados para tratar todos os tipos de cânceres, em todas as modalidades assistenciais.

O Pacto pela vida em 2006, denominado como *“um conjunto de compromissos sanitários, expressos em objetivos de processos e resultados e derivados da análise da situação de saúde do País”* (BRASIL, 2006) firma dentre suas prioridades a redução do câncer de mama e de útero. Resultando assim, na efetivação do Programa Nacional de Controle do Câncer de Mama (2005-2007) que propõe seis diretrizes estratégicas para contribuir na redução da mortalidade do câncer de mama como o aumento de cobertura da população-alvo; garantia da qualidade; fortalecimento do sistema de informação; desenvolvimento de capacitações; estratégia de mobilização social e; desenvolvimento de pesquisas. Com o Plano de fortalecimento da rede de prevenção, diagnóstico e tratamento do câncer, lançado em 2011, há mudanças no controle do câncer de mama. Seus objetivos visam o acesso das mulheres com lesões na mama ao imediato

esclarecimento diagnóstico e tratamento (diagnóstico precoce e política de alerta); a ampliação do acesso à mamografia de rastreamento para mulheres de 50 a 69 anos e a qualificação da rede de atenção através de ações de qualificação dos exames de mamografia; qualificação de equipes da atenção básica para a detecção precoce (INCA, 2014).

Já em 2013, é lançada a Política Nacional para Prevenção e Controle do Câncer que trás consigo alguns pontos que contemplam a integralidade em todos seus conceitos destacados aqui, de acordo com Paim (2011) e Mattos (2005). Tem como objetivo a redução da mortalidade, da incapacidade e da incidência de alguns tipos de câncer, através da articulação de ações de promoção, prevenção, detecção precoce, diagnóstico, tratamento oportuno e cuidados paliativos.

Em seu objetivo destaca-se a importância da organização da assistência oncológica em rede na redução da mortalidade, da incapacidade gerada e da incidência de alguns tipos de câncer, através de ações que perpassem todos os níveis de atenção à saúde, de acordo com a complexidade da situação (BRASIL, 2013). Promovendo assim, uma articulação das práticas preventivas e assistenciais, possibilitando a oferta de ações horizontais, conforme defende Mattos (2005), aproximando-se então, de uma atenção integral.

Trata da intersetorialidade enquanto um dos seus princípios gerais na busca de parcerias para ações de promoção, contudo não discorre sobre a relevância da rede intersetorial em todas as ações. Conforme já sinalizado aqui, a articulação intersetorial é extremamente necessária na atenção à saúde, tendo em vista o conceito amplo adotado atualmente, que considera fatores para além do aspecto biológico no processo saúde-doença. Com isso, não somente as ações de promoção necessitam da articulação intersetorial, mas todas as ações de atenção aos acometidos por câncer dependem desta

articulação.

Aponta também como princípio o atendimento multiprofissional, de acordo com cada nível de atenção e evolução da doença. Ou seja, as ações de prevenção, a detecção precoce, o diagnóstico, o tratamento e cuidados paliativos devem contar com o apoio dos diversos segmentos profissionais atuantes na saúde, para promover uma atenção integral.

No que se refere à abordagem profissional, a política deixa evidente a superação do caráter assistencial biomédico, destacando a importância de uma abordagem holística que considere os aspectos raciais, culturais, sociais e religiosos no processo saúde-doença. Estabelecendo assim, um atendimento humanizado centrado nas necessidades do usuário em suas diversas dimensões, corroborando com superação de uma visão fragmentada e reducionista (MATTOS, 2005).

Conforme destaca a política, essas ações entre os três níveis de atenção, diversos segmentos e setores com abordagens centrada no usuário em sua totalidade devem considerar as necessidades e particularidades do território de atuação, de acordo com evidências científicas (BRASIL, 2013).

No decorrer da política observa-se a ênfase dada ao fortalecimento de políticas públicas e à implementação de ações de detecção precoce do câncer. Porém é no período de sua implementação que a população vivencia severas dificuldades de acesso aos serviços de saúde, devido a falta de organização e estrutura destes, bem como dos cortes orçamentários dramáticos nas políticas sociais públicas, sobretudo da Saúde advindas do avanço da ofensiva neoliberal. Todo este quadro influencia na evolução da doença, gerando impactos no tratamento e na qualidade de vida do usuário.

Tratando-se do câncer de mama, o INCA relata que cerca de 30% dos casos podem ser evitados através da adoção de hábitos (alimentação saudável, prática de

atividades físicas e manutenção do peso); de uma cobertura assistencial maior da população alvo; da qualidade dos exames de rastreamento e; da garantia do acesso ao diagnóstico e tratamento (INCA, 2014, p. 35).

O bom prognóstico do câncer de mama depende do diagnóstico precoce e do tratamento oportuno. Contudo, as taxas de mortalidade por câncer de mama continuam elevadas no Brasil. Em alguns estudos (GONÇALVES; DIAS, 1999; MELO, 2001), isto pode ser justificado pelo diagnóstico tardio, diante da baixa capacidade do SUS em diagnosticar precocemente e da dificuldade do acesso à serviços de saúde oncológica; pela escassez e/ou ausência de campanhas educativas sobre a prevenção do câncer de mama e seus fatores de risco e; o foco em campanhas que reproduzem o auto exame enquanto método isolado de detecção precoce do câncer de mama.

A incidência do câncer de mama está atrelada também à fatores de risco como: a condição socioeconômica; o envelhecimento; fatores relacionados à vida reprodutiva; histórico familiar de câncer; consumo de álcool; excesso de peso; sedentarismo; exposição à radiação ionizante e; alta densidade do tecido mamário (INCA, 2014).

Embora o destaque da importância da detecção precoce, do acesso aos serviços de atenção oncológica e da assistência integrada, as mulheres com câncer de mama enfrentam grandes problemas na estruturação da oferta desses serviços e do cenário precário do suporte assistencial.

O modo como a atenção oncológica está organizada favorece o princípio da integralidade, pois considera a importância da ação nos três níveis de atenção; a assistência multiprofissional; uma abordagem holística e; da intersetorialidade. Contudo, ao esbarrar com precárias condições dos serviços de saúde este princípio, assim como os demais, é cada vez mais afastado do cotidiano das práticas de saúde. Ou seja, apesar da atual política dar ênfase no fortalecimento de políticas públicas e na implementação de

ações de detecção precoce do câncer, a população vivencia severas dificuldades de acesso aos serviços de saúde, devido a falta de organização e estrutura destes, bem como dos cortes orçamentários nas políticas sociais públicas, sobretudo da Saúde advindos do avanço da ofensiva neoliberal. Todo este quadro influencia na evolução da doença, gerando impactos no tratamento e na qualidade de vida do usuário.

Portanto, a luta pela consolidação do conceito amplo de saúde, conformado no SUS e seus princípios, bem como a real efetivação da Política Nacional de Atenção Integral à Saúde da Mulher (2004); a Política Nacional de Atenção Oncológica (2005) e; a Política Nacional para Prevenção e Controle do Câncer (2013) persistem como um desafio atual e cotidiano.

Mediante tais questões, no próximo capítulo, tratamos a atuação do Serviço Social na saúde, sua especificidade na alta complexidade e sua relação com a afirmação da integralidade em seu cotidiano profissional.



### 3 Serviço Social na Saúde

#### 3.1 Serviço Social: breve retrospectiva histórica

Parte-se da concepção que o Serviço Social se constituiu enquanto profissão, que só pode ser entendida como tal diante do espaço que ocupa na divisão sociotécnica do trabalho (GUERRA,2010). Para Iamamoto (1999), esta é determinada sócio historicamente e construída a partir do acirramento das diversas expressões da questão social<sup>8</sup> (IAMAMOTO, 1999).

O Serviço Social surge no Brasil na década de 1930 devido a intensificação do modo de produção capitalista e com isso, das manifestações das expressões da questão social. Nesta época, a profissão sofria forte influência européia e estava intrinsecamente ligada às doutrinas da igreja católica. O Assistente social apresenta-se como um mero “executor terminal de políticas sociais, intervindo diretamente com a população usuária” (NETTO, 1992). Sua atuação era destinada a ajustar os cidadãos a sociedade, através de mudanças de hábitos, tendo como objeto de intervenção a moral e os bons costumes.

Matos (2004), explica que a expansão da profissão se deu após 1945, quando começa a receber influências norte americana de base positivista, num cenário de aprofundamento do capitalismo e mudanças decorridas do pós 2ª Guerra Mundial. Neste contexto, o profissional passa a ser convocado para mediar conflitos na relação entre Estado e sociedade (FALEIROS, 2005) e não mais como fiscalizador da moral.

A partir da década de 1960 o Serviço Social é marcado pelo processo de

---

<sup>8</sup> Para Iamamoto (2008) questão social é pensada como “conjunto das expressões das desigualdades sociais engendradas na sociedade capitalista madura, impensáveis sem a intermediação do Estado. Tem sua gênese no caráter coletivo da produção, contraposto à apropriação privada da própria atividade humana - o trabalho – das condições necessárias à sua realização, assim como de seus frutos. [...] expressa portanto disparidades econômicas, políticas e culturais das classes sociais, mediatizadas por relações de gênero, características étnico-raciais e formações regionais, colocando em causa as relações entre amplos segmentos da sociedade civil e o poder estatal” (IAMAMOTO, 2008, p. 16-17).

renovação, o qual Netto (1991) caracteriza como uma busca do Serviço social para institucionalizar-se enquanto profissão dotada de legitimidade na prática, através de respostas às demandas sociais e da sua sistematização e de validação teórica, mediante à remissão às teorias sociais (NETTO, 1991).

Nas palavras de Faleiros (2001) o Movimento de Reconceituação<sup>9</sup>:

*“centrou sua análise com a questão da classe, na defesa do trabalhador, e hoje acrescenta de maneira nítida, ao processo de compreensão e intervenção social a questão da cidadania”* (FALEIROS, 2001, p. 22).

Uma das correntes presentes neste movimento, a intenção de ruptura torna-se hegemônica, tecendo profundas críticas ao conservadorismo tão presente na profissão, recebendo apoio da maior parte do corpo profissional.

Diante da efervescência das lutas democráticas na sociedade brasileira, a profissão percebe o quanto é necessário romper com o conservadorismo e articular-se com os interesses da classe trabalhadora. Daí surge a primeira condição (política) para se constituir um novo projeto profissional, pautado em valores democráticos (NETTO, 1999).

Para além desta condição, a acumulação teórica mostra-se como essencial para a constituição de um novo projeto profissional, pois ao incorporar matrizes teóricas e metodológicas compatíveis, com destaque para a tradição marxista, a profissão se apropria da crítica às desiguais relações econômicas e sociais, apontando suas lacunas e objeto de intervenção (questão social).

Estes componentes permaneceram na agenda profissional durante as décadas de 1980 e 1990, incentivando e intensificando o debate sobre a formação e qualificação profissional, propiciando a reforma curricular de 1982; amplas e produtivas discussões,

---

<sup>9</sup> movimento que articulou as lutas estudantis e políticas para analisar criticamente as intervenções e fundamentos tradicionais da profissão, aproximando-se assim, da teoria marxista. Teve seu marco histórico no III Congresso Brasileiro de Serviço Social (1961), com destaque para os documentos de Araxá (1967) e Teresópolis (1970), o quais afirmaram o rompimento com o tradicionalismo da profissão; a importância da problemática das ciências sociais e ao questionamento da sua constituição histórica. Sendo assim, a profissão caminhava para uma atuação comprometida e coerente com a realidade posta no seu cotidiano, afastando-se das ações doutrinárias, tradicionais e conservadoras.

fortemente estimuladas pela antiga ABESS e; a construção do projeto ético-político do Serviço Social. Marca-se aqui, o início da maturidade crítica da profissão.

Há de se apontar que essa construção se deu de modo tensionado, visto que o corpo profissional era heterogêneo, que repercutiam distintos projetos societários que respondiam a interesses das classes e setores dominantes.

Passam a nortear a profissão os valores como a liberdade (aquela que visa a emancipação humana); a defesa intransigente dos direitos humanos; a recusa do autoritarismo; a defesa da cidadania e democracia; entre outros.

Com a regulamentação da lei 8.662/93 e o atual código de ética profissional foram estabelecidas as atribuições, competências, direitos e deveres do Assistente Social, considerando todo esse histórico da profissão. Para além, a Associação Brasileira de Escolas de Serviço Social, em 1997 afirma ser essencial ao assistente social a dimensão investigativa da realidade para uma intervenção comprometida com seu público alvo, necessitando assim da articulação das competências técnica, crítica teórica e o compromisso ético político (GUERRA, 2009).

Apesar dos avanços na década de 1990 o Serviço Social se defronta com o neoliberalismo, que ao desmontar políticas públicas, exerce uma pressão à profissão, reforçando uma atuação emergencial, superficial, pontual, fragmentada e imediatista, retomando o caráter missionário, conservador da profissão.

Neste sentido, Imamoto (1999) afirma que as mudanças societárias exigem “um profissional qualificado, que reforce e amplie a sua competência crítica; não só executivo, mas que pensa, analisa, pesquisa e decifra a realidade[...] um profissional afinado com a análise dos processos sociais, tanto em suas dimensões macroscópicas quanto em suas manifestações cotidianas. (IMAMOTO, 1999, p. 49).

Guerra (2010) aponta ainda, que um dos principais desafios postos ao assistente

social na atualidade é o aprimoramento de toda base teórico crítica da profissão, bem como de sua trajetória histórica para superar o conservadorismo, messianismo e fatalismo em dias atuais e atuar de forma comprometida com seu público alvo e código de ética.

Ao tecer sobre a trajetória da profissão é imprescindível mencionar a elaboração dos Código de ética que permearam a profissão desde sua origem no Brasil<sup>10</sup>. A reflexão sobre os códigos nos permite compreender a visão da profissão sobre seu objeto de intervenção, bem como seu compromisso social, visto que “A ética profissional é uma dimensão da profissão vinculada organicamente às dimensões teórica, técnica, política e prática” (BARROCO, 199, p.129).

Após situar sucintamente a base de constituição da profissão de Serviço Social passa se a tratar do Serviço Social e sua inserção na saúde.

### 3.2 Serviço Social e Saúde: do conservadorismo à ação integral

A Política de Saúde brasileira passa a absorver timidamente assistentes sociais no início da década de 1930, quando a profissão surge no Brasil. Contudo, é a partir de 1948 que se tem uma absorção maior devido à adoção do conceito amplo de saúde, que passa a considerar os aspectos biopsicossociais do adoecimento (BRAVO e MATOS, 2006).

Inseridos, em sua maior parte, em hospitais e ambulatório, os assistente sociais entrevistam de maneira normativa nos hábitos de higiene e saúde dos seus usuários,

---

<sup>10</sup> Em sua trajetória, a profissão conta com cinco códigos de ética, os quais buscaram e busca expressar os princípios, competências, direito e deveres profissional, para orientar as ações e explicitar a postura profissional em face das diferentes demandas. Da primeira à terceira elaboração (1947;1965 e;1975) os código adotaram uma visão de homem e de sociedade a partir do neotomismo. Já os códigos seguintes significaram a superação do traço conversador da profissão, a partir da adoção de uma perspectiva de uma ordem societária livre de qualquer tipo de dominação e exploração e de uma reflexão crítica da realidade da sociedade brasileira, assim como da vinculação dos princípios profissionais com a luta da classe trabalhadora.

denominados como clientela na época. Sua prática era assentada no Serviço Social de casos, que considerava a dimensão individual e o reajuste dos usuários à sociedade, através ações verticais.

Para Bravo e Matos (2006), a presença do assistente social em hospitais era justificada pela mediação de conflitos entre clientela e instituição, visto que este profissional era responsável em lidar com as contradições entre demanda e o caráter excludente e seletivo da assistência médica previdenciária da época.

O caráter interventivo na saúde passa a se modificar, diante das mudanças em curso no interior da profissão a partir da década de 1960, com a introdução de uma perspectiva modernizadora que exige uma nova atuação do serviço social na saúde, articulada com os interesses da população e não mais fiscalizatória e normativa. Os assistentes sociais passam a intervir no âmbito da saúde de forma mais burocrática, através da concessão de benefícios e da psicologização das relações (BRAVO, 1996). Guerra (2010), descreve que tal prática deriva de intervenções subjetivas que tem como objetivo o ajustamento do indivíduo, bem como sua adaptação ao meio (GUERRA, 2010, p.99).

Bravo e Matos (2006), apontam ainda que a atuação na saúde não se alterou até a década de 1980, pois a profissão encontrava-se em um processo de interno de concentração nas inquietações da profissão e na negação do tradicionalismo, apresentando um visão endógena, ou seja, uma visão da profissão descontextualizada da totalidade. Destaca-se aqui a desarticulação do Serviço Social com o movimento da Reforma Sanitária na luta pela construção de um sistema de saúde universal.

Apesar dessa desarticulação, percebe-se posteriormente no serviço social atuante na saúde um avanço em sua abordagem (fruto do movimento de reconceitualização), que passa a ter um enfoque crítico. Ainda assim, esse avanço não foi suficiente, visto que o

Serviço social na saúde inaugura a década de 90 ainda desarticulado com o movimento da Reforma Sanitária e desafiado pelo avanço da ofensiva neoliberal que estabelece uma tensão entre dois projetos na saúde: o Projeto de Reforma Sanitária, construído na década de 80 e inscrito na Constituição de 1988 e o Projeto Neoliberal, com tendências de mercantilização dos serviços de saúde (BRAVO, 2004).

Tais projetos vem requisitando ao Serviço Social variadas demandas. De acordo com Bravo e Matos (2006), o projeto privatista exige práticas de caráter individual e fiscalizatório, as quais predominam a lógica de favor e a psicologização nos atendimentos, o que de fato remonta ao conservadorismo que assolou a profissão outrora. Já o projeto de Reforma Sanitária requisita uma atuação interdisciplinar, interligada com a realidade de seu público alvo, que busca incessantemente a democratização nos serviços de saúde, através de atendimento humanizado e de abordagens grupais, que favoreçam o acesso às informações e estimulam a participação social (BRAVO e MATOS, 2006, p.206), eixos que estão totalmente articulados com princípios do SUS; com o conceito de integralidade, bem como com os princípios fundamentais estabelecidos no código de ética profissional.

Deste modo, os assistentes sociais necessitam articular as demandas do cotidiano profissional cada vez mais graves com o contexto do projeto neoliberal e sua tendência mercadológica para ter clareza dos impactos deste em sua atuação, para assim não reforçá-lo por meio de ações seletivas, excludentes e focalizadas, desfavorecendo o acesso à direitos. Entendendo que, defender o projeto da Reforma sanitária pressupõe ações que propiciem o acesso universal, igualitário, integral e que busque o fortalecimento da participação popular.

Apesar de ter sido adotado o conceito de saúde da OMS em 1948, o Serviço Social, assim como outras doze profissões são legitimadas no âmbito da saúde brasileira

apenas em 1997, através da resolução 218/1997<sup>11</sup> do Conselho Nacional de Saúde. O que favorece uma assistência integral à saúde dos usuários do SUS, contudo esbarra no sucateamento da saúde pública.

Num esforço coletivo de elaborar um documento de referência para a atuação do Serviço Social na saúde o Conselho Federal de Serviço Social (CFESS)<sup>12</sup> publiciza em 2009 o “Parâmetros para atuação do Assistentes Sociais na saúde”. Tal documento considera a totalidade das ações profissionais e suas particularidades nos três níveis de atenção à saúde e busca orientar a atuação profissional frente às demandas identificadas no cotidiano, seja por parte dos usuários, dos demais profissionais ou da instituição.

Aponta seis eixos de ação, são eles: ações assistenciais; ações em equipe; ações socioeducativas; ações de mobilização, participação e controle social; ações de investigação, planejamento e gestão e; ações de assessoria, qualificação e formação profissional. Tais ações devem ser desenvolvidas para além do caráter emergencial e burocrático; ter como objetivo o enfrentamento das expressões da questão social; propiciar a reflexão da relação entre as condições sócio históricas e o conceito amplo de saúde.

Segundo o documento, o assistente social deve realizar uma análise crítica da realidade, para, a partir daí estruturar seu trabalho e estabelecer as competências e atribuições específicas necessárias ao enfrentamento das situações e demandas sociais que se apresentam em seu cotidiano. Alerta ainda, que o Serviço Social na saúde deve estar articulado com a luta do Movimento da Reforma Sanitária, através de ações que visem a efetivação do direito à saúde (CFESS,2009).

---

11 Resolução n.218 de 1997. Reconhece profissionais de saúde de nível superior as seguintes categorias: Assistentes Sociais; Biólogos; Profissionais de Educação Física; Enfermeiros; Farmacêuticos; Fisioterapeutas; Fonoaudiólogos; Médicos; Médicos Veterinários; Nutricionistas;. Odontólogos; Psicólogos; e. Terapeutas Ocupacionais (BRASIL, 1997:1)

12 Autarquia pública federal que tem a atribuição de orientar, disciplinar, normatizar, fiscalizar e defender o exercício profissional do/a assistente social no Brasil, em conjunto com os Conselhos Regionais de Serviço Social (Cress). ([www.cfess.org.br](http://www.cfess.org.br))

Nesse sentido, a legitimação da profissão na saúde se dá, imprescindivelmente pela sua natureza interventiva sobre as situações sociais atreladas ao processo saúde-doença. Portanto, é vital ao trabalho do assistente social uma visão crítica da totalidade capaz de compreender que as demandas dirigidas ao serviço social são tangenciadas por diversas determinações sociais, oriundas das mudanças societárias, bem como pelas contradições existentes no SUS.

As contradições do SUS, remete-nos a refletir sobre as disparidades existentes entre os aspectos legais e a realidade, isto é entre a adoção do conceito amplo da saúde e o reducionismo ao aspecto biológico; entre a universalidade e seletividade; a ampliação de direitos e desmonte das políticas públicas e; a integralidade e focalização da assistência refletem diretamente no cotidiano profissional.

Sobre o trabalho do assistente social frente à essas disparidades, Lessa e Costa ( 2003), afirmam que:

*“o produto principal do seu trabalho é a recomposição da integralidade das ações do sistema, ainda que por caminhos tortuosos e também invisíveis. Assim, a matéria-prima sobre a qual incide o trabalho do assistente social no SUS tem sido, prioritariamente, as contradições, dificuldades de funcionamento e a falta de resolutividade do sistema social (...) Nessa lógica de análise, a legitimidade do serviço social se constrói pelo avesso, ou seja, a sua utilidade se afirma nas contradições fundamentais da política de saúde” (LESSA e COSTA, 2003, p.78).*

Em outras palavras, o produto dessas disparidades configuram-se enquanto demandas e desafios postos ao cotidiano do Serviço Social, visto que a sociedade dispõe de políticas públicas cada vez mais seletivas e precárias e serviços públicos desqualificados que representam assim, um ataque ao direito à saúde.

Aos assistentes sociais inseridos na saúde cabe o desafio de encarar a defesa da democracia, dos direitos sociais e das políticas públicas através de um trabalho que faça frente ao projeto neoliberal, reconhecendo a questão social como objeto de intervenção profissional, que por sua vez demanda uma atuação em uma perspectiva totalizante,



baseada na identificação dos determinantes sociais, econômicos e culturais presentes no processo saúde doença, uma vez que este processo está intrinsecamente relacionado às mudanças societárias. Não cabendo ter uma abordagem tradicional, funcionalista e pragmática, que reforce o conservadorismo.

Adotar esta perspectiva de atuação profissional expressa, entre outros fatores, um posicionamento comprometido com a atenção integral à saúde, preconizada no SUS. Isso nos remete a refletir as ações do Serviço Social na saúde frente à integralidade.

### 3.3 Serviço Social e integralidade na saúde

O conceito de integralidade articula-se com prática do Serviço Social na saúde a partir do momento em que a lei de regulamentação profissional, o Código de ética (1993) e os Parâmetros para a Atuação de Assistentes Sociais na Saúde estabelecem competências, atribuições e direitos e deveres profissionais, tais como o posicionamento em favor da equidade e justiça social; compromisso com a qualidade dos serviços prestados à população; empenho na viabilização dos direitos sociais dos/as usuários/as; incentivo da prática profissional interdisciplinar. Entretanto, a superação do caráter biologistar da assistência à saúde, através da construção da integralidade compete não somente ao assistente social, mas à todo profissional inserido na equipe multidisciplinar e interdisciplinar na saúde.

Sobre isso Nogueira e Miotto (2006), apontam que a integralidade compreende práticas profissionais interdisciplinares que visam promoção da saúde, através da articulação de diferentes serviços e instituições. Ou seja, a defesa da atenção integral se coloca no cotidiano de todo profissional da saúde, não somente do assistente social. Desta forma, as possibilidades de implementá-la estão diretamente relacionadas à

concepção de saúde do profissional; ações multiprofissionais e interdisciplinares; intersetorialidade e; territorialidade, além do controle social e do trabalho em rede. Logo, a integralidade se coloca enquanto crítica à práticas isoladas, exigindo ações articuladas e visão ampliada do processo saúde-doença e do indivíduo.

A integralidade necessita de condições objetivas e subjetivas e pode se manifestar através de diversas experiências. Ao que se refere às ações do Serviço Social, destaco a seguir algumas reflexões acerca da relação intrínseca entre as ações deste e princípio da integralidade no que se refere ao acolhimento, interdisciplinaridade e intersetorialidade.

### 3.3.1 Acolhimento

No bojo da discussão dos conceitos de acolhimento, Santos (2006) o define como *“um processo de intervenção profissional que incorpora as relações humanas. Não se limita ao ato de receber alguém, mas a uma sequencia de atos dentre de um processo de trabalho. Envolve a escuta social qualificada, com a valorização da demanda que procura o serviço oferecido, a identificação da situação problema, no âmbito individual, mas também no coletivo”* (SANTOS, 2006, p.58).

Diante desta definição, é possível afirmar que em seus acolhimentos, os assistentes sociais consideram a integralidade, visto que esta prática possibilita uma abordagem que considera as diversas dimensões do sujeito (abordagem holística); a compreensão da totalidade, bem como das relações sociais as quais o indivíduo está submetido e; está pautada no conceito amplo de saúde.

Mioto e Chupel (2010), situam que o acolhimento tem como objetivos garantir o acesso do usuário aos direitos sociais; construir vínculos e; trocar informações com os usuários, através de três elementos que agem em sincronia: a escuta atenta, a troca de informações e o conhecimento da situação social, assim como das demandas que o usuário apresenta.

Historicamente utilizada no Serviço Social, a escuta atenta é uma prática centrada no usuário, portanto primordial no acolhimento. Ela nos permite identificar, compreender e

analisar as demandas do usuário para orientar o planejamento das ações profissionais, além de propiciar a criação de vínculo entre usuário e o serviço de saúde. Para as autoras, o assistente social deve, em seu planejamento, buscar práticas baseadas na totalidade e na concepção de cidadania, que visem a assistência integral, respeitando assim, os princípios da Reforma Sanitária.

Para se alcançar a integralidade através do acolhimento, é necessário que o assistente social domine toda a bagagem crítica, teórico-metodológica, ético-política da profissão e tenha clareza de suas atribuições e objetivos, para não atuar de forma conservadora, acrítica, a qual não considera a totalidade e a coletividade, fortalecendo a concepção de que o acolhimento é uma prática cordial, pontual e de ajuda.

Ou seja, o acolhimento não é prática pontual. Contribui para a construção de uma assistência integral ao passo que demanda uma visão ampliada e crítica do conceito de saúde; planejamento de ações, considerando o território e; o acionamento da equipe multiprofissional, baseado numa ação interdisciplinar, assim como da rede de proteção social. Isto é, este pode se tornar uma estratégia capaz de modificar o caráter assistencial dos serviços de saúde, os quais os assistentes sociais estão inseridos.

### 3.3.2 Interdisciplinaridade

Ao possibilitar discutir o processo saúde-doença a partir dos determinantes sociais, a integralidade aponta para o assistente social um diferencial qualitativo, visto que, através do seu aporte teórico-metodológico, técnico-operativo e ético-político é o único profissional apto a lidar com as diversas manifestações da questão social no processo saúde-doença e sugere ainda a superação da visão de base flexneriana. Sobre isso, Nogueira e Miotto (2006) indicam que “*a integralidade, tendo como pilares básicos a*

*interdisciplinariedade e a intersectorialidade, possibilita uma inserção diferenciada do assistente social na área da saúde, superando o estatuto de profissão paramédica, típico do modelo biomédico”* (NOGUEIRA e MIOTO, 2006, p.225).

A ação interdisciplinar viabiliza um olhar ampliado sobre as especificidades do adoecimento e reabilitação; esclarece as competências e habilidades dos diversos profissionais; permite discutir o modelo assistencial, suas limitações e potencialidades e assim; elaborar propostas de trabalho que garantam uma assistência qualificada e integral (CFESS, 2009).

Entretanto, a atual situação da saúde brasileira tem se mostrado contrária à práticas que favoreçam a interdisciplinaridade. Destaco aqui duas dimensões de limitação à esta ação, a ofensiva neoliberal e a hierarquização e caráter institucional. A primeira, impõe aos serviços e ações de saúde uma lógica focalizada caráter biomédico e com ações fragmentadas. Isto é, ao sucatear o sistema de saúde, o neoliberalismo imprime uma rotina, que em sua maioria, estabelece uma assistência voltada para os aspectos biológicos, com um alto nível de rotatividade de usuários e que não permite uma assistência qualificada, integral e interdisciplinar. Já a segunda, limita a prática interdisciplinar, conforme estabelece normas, regras e dinâmicas institucionais as quais os profissionais se submetem, o que ocasiona na perda da relativa da autonomia destes, direcionando suas práticas de acordo com a demanda institucional.

Essas limitações ficam evidentes quando o Serviço Social trabalha de forma isolada, fora de um fluxo de atendimento; quando são solicitadas de forma equivocada demandas institucionais que não competem ao profissional (marcação de consultas, solicitação de ambulância, comunicação de óbito, entre outras) e; quando a única articulação entre a equipe é feita somente através de parecer médico.

Algumas ações podem ser feitas na tentativa de reverter esta situação de

isolamento, tais como a participação em reuniões multiprofissionais; realização de seminários e; ações de educação em saúde;

As ações de educação em saúde, numa perspectiva de atuação multiprofissional, permitem superar serviços focalizados, verticais e fragmentados, alcançando assim, a integralidade. Pois, através da valorização das vivências dos usuários que a equipe envolvida pode reconhecer demandas coletivas e assim reorganizar seus serviços.

Para Vasconcelos (1997), os assistentes sociais, nestes espaços de atuação devem estimular a consciência sanitária dos usuários, através de uma prática reflexiva, capaz de propiciar à eles a compreensão da realidade social e assim, estimulá-los à participar efetivamente da construção e elaboração de serviços, ações e políticas públicas.

Ou seja, as ações de educação em saúde se configuram enquanto dispositivo pedagógico que estimula o protagonismo dos usuários na construção de políticas públicas comprometidas com suas necessidades; estimula a luta pela viabilização de direitos sociais e; alcança a integralidade à medida que propicia um trabalho em equipe e permite articular ações setoriais e práticas preventivas e assistenciais, modificando o caráter vertical dos serviços.

### 3.3.3 Intersetorialidade

À medida em que a integralidade ultrapassa os limites do setor da saúde é necessário considerar a categoria da totalidade. Ou seja, compreender as diversas dimensões dos indivíduos, através de uma abordagem holística, analítica e crítica das relações sociais associada à estes indivíduos, assim como dos determinantes sociais presentes no processo saúde-doença.

Martinelli (1995), discorre que o olhar do profissional eticamente comprometido vai além das barreiras institucionais do hospital, pois é no cotidiano da vida que estão colocadas as situações de vulnerabilidades e riscos e também as possibilidades de superação. Para isto, o assistente social deve conhecer o perfil de seu usuário, sobretudo o território de origem destes, as principais patologias que acometem esta população e as principais situações sociais, bem como as possibilidades de solução.

Entendendo que a intersetorialidade busca superar a fragmentação das políticas públicas, a articulação com a rede de apoio e a busca de recursos institucionais e assistenciais tornam-se essenciais para o alcance da integralidade no trabalho do assistente social. O acionamento e articulação com a rede (outros serviços de saúde; diversas políticas; instituições assistenciais, ong's...) visa impactar de forma positiva nas condições de vida dos usuários, para garantir um processo de tratamento adequado ao seu quadro de saúde.

Diante do exposto aqui, nota-se que a contribuição do Serviço Social para a construção da integralidade na atenção à saúde está diretamente relacionada à concepção de saúde adotada pelo profissional e seu compromisso ético-político. Quanto à isso Barroco (2004), alerta que os aspectos éticos ultrapassam a afirmação de um compromisso ético-político, *“é preciso que esse compromisso seja mediado por estratégias concretas, articuladas à competência teórica/técnica e à capacidade de objetivá-las praticamente por meio da realização dos direitos sociais”* (BARROCO, 2004, p.31).

## **4 Desafios na implementação da atenção integral à saúde no Serviço de Ginecologia do Hospital Federal de Bonsucesso: contribuições do Serviço Social**

### **4.1 Percurso metodológico**

Este trabalho tem como objetivo identificar o paradigma de saúde predominante no Serviço de Ginecologia do Hospital Federal de Bonsucesso (HFB) em 2014 e averiguar se as ações de saúde desenvolvidas pelo Serviço Social garantem o princípio de integralidade na assistência à saúde às mulheres com câncer de mama.

Trata-se de uma necessidade de investigação diante das inquietações ocorridas no cotidiano de atuação enquanto estagiária, inserida no referido setor desta unidade desde setembro de 2013. O tema tornou-se pertinente ao considerar as contradições na assistência à saúde das usuárias com câncer de mama, na qual são enfrentadas demandas cada vez mais agravadas, diante de ações isoladas e políticas públicas cada vez menos eficazes e democráticas.

Vinculado ao Ministério da Saúde, o HFB é considerado unidade de referência na área programática 3.1 (Leopoldina), oferecendo assistência de média e alta complexidade, com serviços de emergência e urgência; cardiologia; oncologia; maternidade de alto risco; ambulatórios especializados, entre outros.

Neste estudo, considera-se a hipótese de que as limitações das ações do Serviço social no Serviço de Ginecologia frente à integralidade são condicionadas pela predominância do modelo biomédico neste serviço.

A pesquisa em tela é do tipo exploratória, configurando-se numa abordagem qualitativa, do tipo histórico-estrutural. Para Minayo (2009), este tipo de estudo se apropria do mundo dos significados, valores, atitudes, aspirações e crenças. Aprofundando-se assim, na realidade social, contribuindo dessa forma para a

compreensão adequada de determinados fenômenos sociais de relevância no aspecto subjetivo (MINAYO, 2009:21).

Concorda-se com Chizzotti (1991), quando este afirma que através da pesquisa qualitativa é possível identificar criticamente problemas e necessidades, favorecendo assim a proposição de alternativas e estratégias adequadas de ação para superação de limitações. Há ainda, que se destacar seu caráter educativo e emancipatório, pois ao propiciar o contato direto e a interação com o campo e objeto de pesquisa favorece a apreensão da realidade e aprendizado (CHIZZOTTI, 1991, p.82-84).

Para alcançar os objetivos deste trabalho, utilizou-se a observação participante. Para Minayo (2009), esta se define enquanto um “ processo pelo qual um pesquisador se coloca como observador de uma situação social, com a finalidade de realizar uma investigação científica”. Possibilitando à ele estabelecer vínculos entre os fatos e suas representações; desvendar as contradições entre as normas e as práticas vividas cotidianamente e; a compreensão da realidade (MINAYO, 2009, p. 70-71).

Para a coleta de dados, foi utilizada a técnica de análise de conteúdo, tendo como fonte o diário de campo e documentos do serviço social do HFB e; cabendo ainda, a revisão da bibliografia concernente à integralidade e sobre as seguintes categorias: os paradigmas de saúde; Política de saúde brasileira; Integralidade, Saúde da mulher; câncer de mama e; Serviço Social e Saúde.

A opção por analisar o conteúdo parte do entendimento que esta favorece dimensões investigativa e interventiva e os princípios formativos da profissão (GUERRA, 2009).

O desenvolvimento da pesquisa teve duração de um ano e dois meses, tendo distintos momentos, tais como: identificação do objeto de pesquisa; leitura da biografia de referência; elaboração de anteprojeto; orientações acadêmica; análise do campo de



pesquisa e; elaboração do Trabalho de Conclusão de Curso. Encontraram-se dificuldades em acessar documentos da unidade hospitalar, bem como dados hospitalares sobre a assistência oferecida às usuárias.

#### 4.2 Configuração do atual modelo assistencial do HFB

O Hospital Federal de Bonsucesso (HFB) foi inaugurado em 1948 com o nome de Hospital General do Nascimento Vargas, subordinado ao Instituto de Aposentadoria e Pensões dos Empregados em Transportes e Cargas (IAPETEC), durante o governo Eurico Gaspar Dutra, num cenário político de muitas agitações que cobravam medidas que caminhassem para a redemocratização e desenvolvimentismo do país.

Em sua gênese, prestava assistência médica somente aos vinculados do IAPETEC. Na década de 1960, passou a fazer parte do recém criado INPS, já no final dos anos de 1970 até o final da década de 1980 passou a ser gerido pelo INAMPS com a mesma lógica da cidadania regulada, porém com uma maior abrangência de sua cobertura assistencial.

Com a implementação do SUS nos anos de 1990, passou a ser subordinado ao Ministério da Saúde, vinculado à Secretaria de Atenção à Saúde, possuindo autonomia orçamentária. Seu caráter assistencial, baseado na cidadania regulada é modificado para o caráter universal, conforme preconiza o SUS em um dos seus princípios. Também passou pelo processo de informatização de seus serviços; a criação da Creche Itália Franco (para filhos de servidores) e a inauguração do atual Prédio de Ambulatórios, nesta década.

É referência assistencial para a população residente da área programática- AP 3.1<sup>13</sup> do Rio de Janeiro. Contudo, por estar localizado em uma área de grande movimentação no bairro de Bonsucesso, às margens da Avenida Brasil e próximo às Linhas Vermelha e Amarela, é referência também para atendimentos da população da baixada fluminense e de outros municípios.

Sua infraestrutura conta com 6 prédios distribuídos por especialidades, oferece serviços emergenciais, ambulatoriais e conta ainda com centros cirúrgicos e CTI's. O prédio 1 conta com os serviços do coração, urologia, cabeça e pescoço, clínica médica, centro cirúrgico; Prédio 2: Centro de Atenção à mulher, à criança e ao adolescente que oferece serviço de ginecologia, obstetrícia, pediatria, CTI pediátrica; Prédio 3: oncologia, clínica e perícia médica; Prédio 4: serviços administrativos, serviço social, divisão de enfermagem, serviço de psicologia, serviço de nutrição, serviço de fisioterapia; Prédio 5: laboratório, centro de estudos e residência médica e; Prédio 6: diversos ambulatórios.

Atualmente a gestão<sup>14</sup> do HFB tem a missão de

*“Promover atenção integral à saúde, oferecendo serviços de qualidade à população, com atendimento humanizado e multi-profissional, integrado ao SUS, participando da formação e desenvolvimento de recursos humanos e assegurando o acesso exclusivamente público aos seus serviços”.*

Oferece serviços de média e alta complexidade, tais como atendimentos ambulatorial especializados, cirurgias de coração e laqueadura e acompanhamento de maternidades de nível III. Apesar de já ter sido considerado hospital de referência de transplantes renais e hepáticos para a população, por concentrar uma tecnologia de maior complexidade nestes setores, uma equipe qualificada e oferecer aos usuários um

---

13-De acordo com a Prefeitura do Rio de Janeiro a AP 3.1 abrange os bairros de Bonsucesso, Brás de Pina, Complexo do Alemão, Cordovil, Ilha do Governador, Jardim América, Mangueiras, Maré, Olaria, Parada de Lucas, Penha Circular, Penha, Ramos e Vigário Geral.

14No ano de 2014, a gestão do hospital contou a direção do Dr. Flávio Adolpho Silveira e os seguintes membros: Dr Moyses Recthman como diretor-adjunto, Dr<sup>a</sup> Maria Cristina Bragança como diretora médico-assistencial, Virílá Rezende como diretora Administrativa, Fátima Ottoni como diretora de Enfermagem e Arlene Gidra Gomes como diretora de Recursos Humanos.

atendimento de excelência, a unidade vivencia um momento de esvaziamento dos setores de transplantes, já que os atendimentos destas áreas foram transferidos para esfera estatal; em consonância com a política neoliberal observa-se dificuldades para realização de cirurgias, por ausência de anestesistas; funcionamento da Emergência em containers; lotação da emergência; redução de investimentos e falta de recursos físicos e humanos; obras paradas há mais de dois anos, entre outros dilemas que dificultam a eficiência e eficácia de seus serviços, além de serem contrapostos à sua missão.

Desde os meados de 2012 o HFB passou a sofrer constantes ameaças de privatização da EBSEH, implementação do ponto eletrônico e da carga horária de 40 horas obrigatórias. A implantação de uma gestão particular no HFB é apontada por alguns como solução para estes dilemas. Tal implementação contraria o caráter público, os princípios do SUS e a missão do HFB, representando assim uma ameaça à saúde como um direito de todos e dever do Estado. Pois desta forma, o HFB não garantirá acesso universal aos usuários, a gestão não precisará se submeter ao controle social e o projeto Neoliberal com tendências mercadológicas ganhará mais forças diante do Projeto do Movimento da Reforma Sanitária.

Diante disso, no final de 2013, houve uma movimentação de resistência dos trabalhadores do HFB. Liderados pelo Sindicato dos Trabalhadores em Saúde e Previdência- SINDSPREV regional, os trabalhadores participaram de plebiscitos, manifestações e greve durante o ano de 2014. A instância representativa dos profissionais da medicina do HFB (Corpo Clínico) também se posicionou contra esta implementação, entendendo que a mesma iria prejudicar a qualidade da atuação dos médicos e dos serviços oferecidos à população com caráter público, mas não houve adesão por parte destes nos movimentos de resistência, tampouco em outros mecanismos.

Essa resistência contou com baixa adesão dos trabalhadores, entendida pela falta

de motivação destes diante da ausência de uma representatividade efetiva de seus interesses trabalhistas, já que o histórico recente do SINDSPREV no HFB aponta para a falta de compromisso com os interesses dos trabalhadores. O que ocasionou inclusive, no fechamento do seu núcleo dentro do HFB. Mas, foi esta movimentação que culminou na greve dos serviços de saúde em fevereiro de 2014 e a não implantação do ponto eletrônico aos servidores.

Visando a integralidade da assistência, o HFB oferece diversos serviços que contam com equipes multidisciplinares; dispõe de instalações físicas para algumas instituições governamentais e não governamentais que reforcem a relação entre a saúde os demais recursos da sociedade, tais como voluntários que promovem atividades de Educação em saúde; assistência religiosa e; serviço de Óbitos e Necrotério e; preconiza pelo atendimento humanizado.

As dificuldades do HFB podem ser explicadas pela dinâmica da política neoliberal de sucateamento dos serviços públicos e pela tendência de privatização que o hospital vem sofrendo, tornando evidente que os princípios do SUS não estão sendo totalmente respeitados no HFB. Sendo assim, nota-se que no HFB, o modelo assistencial defendido pelo Movimento da Reforma Sanitária vem sofrendo um ataque.

Seu caráter assistencial e sua dinâmica deixam evidente um conjunto de demandas que apontam para a necessidade da intervenção do Serviço Social. O qual, deve ter a clareza de seu projeto ético-político, bem como do seu objetivo institucional. Atuando de forma articulada aos interesses e necessidades dos usuários, visando assim, contribuir em seu processo saúde-doença e na defesa da garantia dos direitos sociais, como a saúde .

### 4.3 Serviço Social do HFB

O Serviço Social está inserido no HFB desde sua origem, em 1948. Assim como o hospital, também passou por algumas modificações diante das reformas ocorridas na Política de Saúde, na Previdência Social Brasileira e na própria trajetória profissional.

Ao longo de sua trajetória, desempenhou um papel importante no desenvolvimento de algumas atividades, como a organização da Creche Itália Franco, na organização do Programa de Planejamento Familiar do HFB, participação da criação e execução do Núcleo de Atenção à Criança e Adolescente Vitimizados (NACAV), entre outros.

De acordo com a gestão do HFB, o Serviço Social tem enquanto objetivo institucional *“intervir nos determinantes sócio-econômicos e culturais presentes no processo saúde-doença, garantindo a viabilização dos direitos sociais através da inserção na rede de proteção social”* (HFB- Relatório de Gestão, 2010, p.335). Como se pode observar, o objetivo do serviço social se aproxima das orientações inerentes à produção social da saúde. Apresenta enquanto meta: repensar e rediscutir o Plantão do Serviço Social; garantir locais adequados de atendimento ao usuário, respeitando o sigilo durante as entrevistas e uma escuta que viabilize a percepção dos fatores determinantes do fenômeno que necessita da intervenção profissional do Assistente Social; promover reuniões de estudo em equipe; elaborar mais materiais educativos sobre direitos sociais para os usuários com o intuito de socializar as informações; estimular a ampliação do trabalho interdisciplinar e; contribuir na criação de espaços coletivos na perspectiva de democratizar a instituição (HFB- Relatório de Gestão, 2010, p.341).

Na década de 90, o Serviço Social contou com o seu mais reduzido quadro de profissionais, contando com apenas cinco Assistentes Sociais. Atualmente, conta com vinte e um profissionais, a maioria com vínculos de estatutário (somente três com vínculos

celetista), além de três funcionárias administrativas. Tais assistentes sociais, encontram-se lotados nas diversas Enfermarias; Ambulatórios; Emergência; Programas e Gestão do HFB. Ainda assim, este número mostra-se insuficiente para prestar assistência à todos os serviços clínicos do hospital. Havendo então, a necessidade de atuar no espaço do Plantão social tanto para atender as demandas destes serviços, quanto de toda população que o solicitar.

Este plantão configura-se enquanto espaço de atendimento à demandas espontâneas (tanto de usuários internos e seus familiares, quanto usuários externos) e respostas às solicitações profissionais, através de parecer e/ou contato telefônico, de clínicas que não possuem profissional de referência, tais como Serviço do Coração, CTI pediátrica, Urologia, entre outros. Seu horário de atendimento é de 7 horas da manhã às 18 horas da noite, tendo um profissional de referência em cada turno. Toda rotina do setor é registrada em livro de ocorrência.

#### 4.3.1 Plantão Social: a dualidade do espaço de atuação

Em pesquisa, Vasconcelos (2006) constata que o plantão social é desvalorizado pela maioria dos assistentes sociais, por ser caracterizado como espaço de atendimento imediato e rotineiro, não atribuindo à este a característica de um espaço rico, o qual requer um profissional crítico, capaz de compreender o movimento da realidade e sua articulação com a demanda posta à seu cotidiano, para elaborar estratégias de ação viáveis à emancipação humana e à defesa dos direitos sociais. O que por sua vez, supõe, competência teórica, técnica e ético-política.

Esta desvalorização do Plantão Social atinge também o ação profissional no HFB. Este Plantão Social durante muitos anos não contou com projeto de intervenção. Somente

no final de 2014, após alguns episódios de conflitos institucionais, iniciou-se o movimento de elaboração coletiva do projeto de intervenção nesse espaço. Através de levantamento identificou-se as demandas do Serviço, tais como: a falta de acesso aos serviços de saúde (consultas e exames); orientações sobre direitos sociais, sobretudo de paciente com câncer e; solicitação de emissão de cartão de acompanhante que se configuram enquanto maiores demandas do Plantão Social do HFB. Esta última demanda fica sob responsabilidade dos funcionários administrativos do setor.

Diversas são as solicitações que não são privativas do assistente social (CFESS, 2009), tais como marcação de consulta e exames; agendamento de ambulância; comunicação de óbito; visita ao leito para aconselhamento; preenchimento de formulários de benefícios, como o Vale Social; entre outras. Pode-se entender que essas solicitações são oriundas da falta de articulação entre os segmentos profissionais e até ao pouco ou nenhum conhecimento das atribuições do Serviço Social por parte de diversos profissionais e dos usuários.

Os plantonistas, em sua maioria, atuando numa perspectiva crítica e de democratização e socialização de informações, orientam sobre a rotina dos procedimentos e encaminham o usuário ao serviço de origem ou responsável pela demanda. Outros aceitam determinadas requisições, seja por falta de clareza crítica de seus aportes teórico-metodológicos, seja para evitar conflitos institucionais. Tal fato aponta para uma desvirtuação da função do Serviço Social e seu objeto e objetivo profissional, o que nos remete à afirmar que ainda há a presença de uma intervenção profissional com traços de conservadorismo, marcada neutralidade e acriticidade.

Diante desta distorção de atribuições o Serviço Social, em sua maioria procura sensibilizar a equipe multiprofissional e os usuários sobre seus objetivos, atribuições e competências. A elaboração de um projeto de intervenção do Plantão Social e realização

de seminários reforçam esse movimento.

Para além do Plantão Social, o Serviço Social do HFB enfrenta outras limitações, tais como: déficit de assistentes sociais; ausência de espaço físico que garanta o sigilo profissional nos prédios 1, 2 e 6; solicitação dos demais profissionais por ações não pertinentes ao Serviço e; dificuldades de atuar em equipe interdisciplinar.

Diante deste déficit, a lotação de Assistentes Sociais nos diversos Serviços do HFB se dá através da demanda institucional. É um processo discutido e acordado coletivamente na equipe de Serviço Social. Assim, o Serviço de Ginecologia (após falecimento da assistente social de referência) mostrou-se como um dos serviços que demanda uma intervenção social mais atenciosa, ultrapassando as ações imediatas do Plantão Social.

#### 4.4 Saúde da mulher: características do Serviço de Ginecologia do HFB

Integrante dos serviços do Centro de Atenção à Saúde da Mulher, Criança e Adolescente- CASMCA , localizado no prédio 2, o Serviço de Ginecologia atende à saúde da mulher em todas as fases de vida, desde a infância à terceira idade, contando com atendimento ambulatorial e de enfermaria, estando assim, em consonância com as diretrizes da PNAISM ( 2004), que estabelecem a cobertura assistencial das mulheres em todos os ciclos de vida, resguardando as especificidades das distintas faixas etárias e grupos populacionais e a execução de ações de promoção, prevenção, assistência e recuperação (BRASIL, 2004).

No que se refere ao atendimento ambulatorial, o Serviço conta com especialidades, tais como: patologia cervical e vulvar; mastologia; oncologia ginecológica; ginecologia



infanto-puberal; climatério; exames como vídeo histeroscopia e vídeo laparoscopia; além de contar com o programa de planejamento reprodutivo (planejamento familiar) direcionado somente às pacientes oriundas da maternidade de alto risco (atualmente suspenso); equipe de enfermagem e assistência psicológica. Estas especialidades se revezam em doze consultórios e uma sala de exames.

No período em questão percebe-se que as maiores demandas do serviço são o câncer ginecológico e de mama. Sobre a atenção ao câncer de mama, a gestão do HFB em 2010 afirmou que a unidade é capacitada para oferecer assistência integral à essas usuárias, que inicia no diagnóstico, perpassando pelo tratamento específico determinado, acompanhamento pós cirúrgico e reconstrução mamária (HFB, Relatório de gestão, 2010:270).

Contudo, o hospital não conta com o aparelho responsável em realizar a mamografia (principal exame em detectar o nódulos mamários) – mamógrafo. Isto indica que o serviço não contempla a assistência em todos os níveis descritos. Somado à isso, nota-se uma expressiva dificuldade de acesso ao exame nas unidade de atenção básica e de média complexidade, fazendo com que o período de espera seja longo para realização do exame. Acarretando no retardamento do diagnóstico, o qual é considerado pelo INCA um dos indicadores de agravamento do estadiamento do câncer.

COHN (2009), chama a atenção para este fenômeno ao analisar o SUS. Segundo a autora, os impactos do neoliberalismo sobre a política de saúde criou uma atenção primária seletiva, implementada por OSs, para atender somente quem do SUS necessita, isto é, as demandas de saúde da população de baixa renda, sem a garantia de acesso a média e alta complexidade.

Ou seja, é evidente a ineficiência do SISREG na garantia de acesso em tempo hábil e em todos níveis de atenção e o fracasso do sistema de referência e contra

referência, o que ocasionam na agudização do quadro de saúde do usuário com câncer que necessita acessar o sistema para garantir o início e a continuidade do tratamento (assistência diagnóstica, terapêutica e farmacêutica).

Atualmente, a Enfermaria do referido setor conta com quinze leitos para internações, mas há alguns anos contava em média com vinte e três leitos. Esta redução do número se deu devido à concessão de sete leitos para internações de diversas outras clínicas (Cirurgia plástica; Cirurgia Geral; Ortopedia; Buco-maxilo; Ortopedia...) regularizados pelo Núcleo Interno de Regulamentação (NIR). Tal fato produz insatisfação entre a equipe de Enfermagem, pois a diversidade de demandas assistenciais e dificuldade de acesso e comunicação aos respectivos setores responsáveis pela assistência médica daqueles pacientes trás implicações em seu trabalho e na relação com os usuários. Produzindo também insatisfação na equipe de Serviço Social, visto que é uma enfermaria que deve ser assistida pelo Plantão Social, contudo por estar no interior do Serviço Social da Ginecologia é entendido por parte da equipe como frente de atuação do Serviço Social de Ginecologia, o qual não concorda, pois as demandas são oriundas de diversos setores, necessitando a interlocução com variados setores e profissionais e um maior entendimento de cada situação apresentada.

As pacientes internadas são procedentes da Unidade emergencial-USE da própria unidade ou encaminhadas através do Sistema Nacional de Regulamentação- SISREG<sup>15</sup> para cirurgias eletivas, após passarem por avaliação médica no Ambulatório de Ginecologia.

De acordo com o levantamento de dados da Enfermaria, as maiores causas de internações são: miomas; câncer de mama; cistos nos ovários; cistos na mama; câncer de

---

<sup>15</sup>Sistema disponibilizado pelo Ministério da Saúde, que funciona através navegadores para gerenciar atendimentos ambulatoriais e procedimentos hospitalares de todos os níveis de atenção à saúde. Tem por objetivo a humanização dos serviços; maior controle do fluxo e a otimização na utilização dos recursos, além de integrar a regulação com as áreas de avaliação, controle e auditoria. (DATASUS)

ovário; câncer de útero e câncer de cólon de útero. A maioria das internações duram entre 24 à 72 horas, já em situações de agravamento do quadro clínico este período é estendido de 30 à 60 dias. É um setor com baixa taxa de óbitos mensais, sendo registrados em média 01 ou 02, em sua maioria usuários com câncer.

Os dois setores do serviço não contam com um espaço de entrosamento entre a equipe multiprofissional e tampouco com um fluxo de atendimento, o qual o Serviço Social está inserido. Nota-se que é um serviço de caráter curativo e individual, o qual não concebe os demais aspectos presentes no adoecimento e na condição feminina, além dos aspectos biológico, configurando uma presença significativa dos fundamentos do paradigma flexneriano.

Diante disto, o Serviço Social elaborou estratégias de atuação considerando a assistência integral à saúde da mulher através da ação multiprofissional e interdisciplinar, valorizando a visão ampliada de saúde e sua bagagem teórica- crítica e metodológica.

#### 4.4.1 O Serviço Social do Serviço de Ginecologia

A assistente social de referência assumiu o setor em 2010. Considerando a pouca documentação das atividades realizadas pela profissional anterior, a estruturação de sua atuação se deu de forma gradual. Em 2014, a equipe era composta por uma assistente social e duas acadêmicas, desenvolvendo suas atividades em 05 frentes: Enfermaria; Ambulatório; supervisão de estágio; Plantão Social e; Programa de Planejamento Familiar. Atuando três dias na semana.

Apesar da proeminência do caráter curativo, a abordagem sobre a situação social torna-se relevante, diante das possíveis mudanças na vida das usuárias (funcional,

comunitária, afetiva, sexual...), após a cirurgia e a configuração de elegibilidade para inserção nos critérios de determinados benefícios sociais e em programas governamentais.

Tem sua perspectiva de atuação direcionada para a trajetória histórica sobre a condição feminina, bem como a consideração sobre a diversidade presente em sua subjetividade (racial; étnica; religiosa; de orientação sexual), as quais repercutem com especificidades no processo saúde-doença, conciliando-se assim com a PNAISM (2004).

Apresenta enquanto objetivos: identificar, interpretar e intervir sobre os determinantes sociais presentes no processo saúde-doença; favorecer a garantia de acesso aos direitos sociais e rede de apoio e; contribuir para a reafirmação da condição de cidadania e de sujeito coletivo de direito, através de ações assistenciais que enfatizem as questões de gênero.

Na Enfermaria valoriza-se os aspectos referentes ao processo de hospitalização, os quais decorrem do afastamento das usuárias do seu cotidiano (trabalho, família, lazer...), além de difundir a defesa dos princípios dos “direitos dos usuários do SUS”. Tem como público alvo prioritário mulheres com câncer de mama e de útero; idosas e; adolescentes.

São realizados atendimentos individuais nos leitos para orientações sobre direitos sociais e benefícios e abordagem educativa grupal “Conversando sobre direitos” que tem como objetivo propiciar um espaço de reflexão das características multifacetadas do processo saúde-doença (englobando o trabalho; família; gênero; geração; etnia; meio ambiente e convivência social e comunitária.), no sentido de reconhecê-lo no contexto da vida cotidiana e na interpretação crítica da realidade social, na perspectiva de totalidade. No momento, este grupo encontra-se suspenso devido ao esvaziamento dos leitos.

No Ambulatório, a atuação volta-se para a identificação de questões pertinentes

das usuárias que já tiveram alta hospitalar e/ou daquelas que fazem acompanhamento ambulatorial pré-cirúrgico. Presta-se orientações sobre benefícios e direitos sociais; encaminhamentos para a rede de assistência, entre outros. No ano de 2014, iniciou-se o projeto de sala de espera chamado de “Abrindo a roda...” com a intenção de redirecionar a ação profissional para além da prática meramente operativa e pontual a favor do fortalecimento do exercício da cidadania das usuárias enquanto sujeitos coletivos.

Devido ao calendário atípico do ano de 2014 (Copa do Mundo; férias em momentos alternados; valorização da campanha do Outubro rosa...) foram realizados poucos encontros deste grupo, que também encontra-se suspenso.

A supervisão de estágio é compreendida enquanto um momento de ensino-aprendizagem coletivo, sistemático e planejado, com a elaboração de relatórios a cada módulo. Sendo assim, constitui-se enquanto um momento fundamental para o desenvolvimento das habilidades e competências do acadêmico.

Foram encontros periódicos entre supervisora de campo e acadêmicas, baseados em textos e/ou situações da prática profissional, buscando associá-los. Tem como marco o Código de ética Profissional; a Lei regulamentadora da profissão; todos os conteúdos teórico-metodológicos e; as diretrizes da Política Nacional de Estágio vigentes. Configurou-se na orientação profissional; no entendimento de unidade entre prática e teoria; na articulação entre pesquisa e intervenção profissional, objetivando assim uma formação profissional de qualidade, a geração de um conhecimento analítico e crítico da realidade e a problematização teórico-metodológica desta.

Para atuar no Plantão Social, destinava-se 6 horas da carga horária semanal. Tal espaço era compreendido como o contato inicial com o cidadão, não somente para viabilizar e efetivar direitos sociais, mas também como um momento rico que propicia a reflexão crítica sobre a realidade dos usuários, pois é neste espaço que se dá o contato

direto com as expressões históricas e contemporâneas da questão social. Esta perspectiva de atuação no espaço do Plantão social nos permite construir conhecimentos sobre as condições de vida; o perfil dos usuários e elaborar estratégias de lutas mais amplas, para além das necessidades imediatas.

O Programa de Planejamento Familiar (atualmente chamado de reprodutivo) <sup>16</sup> no HFB tinha enquanto público alvo gestantes de alto risco e/ou seus acompanhantes. Eram reuniões educativas que ocorriam na primeira terça-feira de cada mês a fim de esclarecer os métodos contraceptivos reversíveis existentes, além orientar sobre os direitos sexuais e reprodutivos das mulheres numa trajetória histórica. Ao fim de cada reunião as participantes recebiam o certificado de participação; eram orientadas sobre a documentação obrigatória para a realização da laqueadura ou vasectomia (no caso de acompanhantes) e assim retornar ao Serviço Social para uma entrevista.

Neste segundo encontro, ao apresentar a documentação completa, a usuária era orientada pela Assistente Social sobre os seus direitos e sobre a conjuntura de precarização do processo cirúrgico que pode acarretar na não realização da tal.

Considerando que é dever do Assistente Social na sua relação com o usuário *“contribuir para a criação de mecanismos que venham desburocratizar a relação com os usuários, no sentido de agilizar e melhorar os serviços prestados”* (CFESS,1993) e que o processo de arrecadação da documentação necessária para a laqueadura em diversos setores do hospital leva as usuárias uma extrema exposição e cansaço sendo prejudicial à sua saúde e gestação, o Serviço Social organizou-se de tal maneira para facilitar o acesso deste público no serviço oferecido através do Planejamento Familiar.

Entende-se que nesta entrevista (que pode ser considerada como mera checagem

---

<sup>16</sup>A mudança do uso do termo “Planejamento familiar” para “Planejamento reprodutivo” se deu, uma vez que os direitos reprodutivos podem ser exercidos fora do âmbito familiar. Sendo ainda, um termo mais amplo, o qual abrange grupos sociais que não necessariamente são definidos juridicamente como família (HUDLER, 2015).

e entrega da documentação necessária para a realização da laqueadura) surge o espaço ideal para a socialização de informações mais detalhadas; discussão sobre sexualidade e reprodução; relações de gênero; violência sexual e de gênero; orientações de direitos sociais, bem como o reconhecimento e intervenção sobre os determinantes sociais que podem impactar na gestação e na dinâmica familiar das usuárias, descaracterizando-se assim enquanto uma função administrativa e burocrática.

No ano de 2014 foi suspenso por conta da insignificante taxa de realização de laqueadura<sup>17</sup> e da baixa adesão dos demais profissionais nas reuniões educativas. De acordo com a Lei 9.263, o Planejamento Familiar deve ser realizado com equipe multidisciplinar, para que as informações pertinentes a cada saber profissional sejam acessadas. No HFB, contava com os seguintes segmentos profissionais: Medicina, encarregada por expor as alterações hormonais e reações adversas sobre a escolha de cada método de acordo com a situação de saúde de cada usuária; Enfermagem que orientava sobre o uso, higiene, periodicidade dos métodos e outros; Psicologia desmistificando sobre os métodos e tratando das questões de ordem psicológica que possam influir na relação sexual do casal e; Serviço Social que busca através da atividade educativa expor os avanços e retrocessos da visão inicial do Planejamento Familiar, demonstrando em que medida os determinantes sociais levam ao processo de adoecimento, apontando as possíveis soluções para os casos omissos ao não cumprimento da legislação.

Para a realização de tais ações são usadas fichas sociais; folhas de estudo social; formulários de encaminhamento; consulta ao catálogo de recursos e legislação; entre outros. Realizam-se entrevistas; abordagem grupal; visita domiciliar; visita institucional; reuniões de planejamento e avaliação periódicas; supervisão de estágio; elaboração de

---

17 Segundo levantamento realizado pelo Serviço Social, de 19 mulheres que cumpriam os critérios de elegibilidade do programa, somente 3 realizaram a laqueadura no HFB, no ano de 2014.

planos e projetos; emissão de parecer social e relatório social; distribuição de folders informativos; entre outros.

O Serviço conta com um espaço privativo para atendimento e organização da documentação profissional, dispondo de recursos materiais, patrimoniais e físicos para a atuação profissional (computador com acesso à internet; linha telefônica; cota de cópias xerográficas; acesso a equipamentos tecnológicos- data show; acesso à auditório). Toda a rotina do setor foi relatada no livro de ocorrências e debatida entre a assistente social e as acadêmicas.

No ano de 2014, a principal demanda do Serviço Social neste Serviço era referente à orientações dos direitos dos pacientes com câncer, sobretudo o câncer de mama. Contudo, por possuir um caráter diferenciado a Enfermaria e o Ambulatório colocavam ao Serviço Social diferenciadas demandas. No Ambulatório nota-se a predominância de orientações sobre direitos trabalhistas e previdenciários, já na Enfermaria percebe-se também situações de abandono de idoso; situações de violência de gênero (sexual e física); identificação de rede de suporte sócio-assistencial para a garantia do tratamento.

Essas demandas carecem de uma atuação comprometida e integrada aos demais profissionais e à rede. Entendendo isso, o Serviço Social buscou incessantemente o estabelecimento de um fluxo de atendimento multiprofissional; implementação de um round interdisciplinar; realizou reuniões com demais profissionais para expor os objetivos e as formas de atuação do Serviço Social, buscado uma maior interação com os profissionais; convidou demais profissionais para ações de educação em saúde; contactou a rede de suporte assistencial e proteção social, a fim de conhecê-los e inserir as usuárias em seus serviços.

#### 4.4.1.1 Câncer de mama: Referenciais teórico-metodológicos de atuação profissional



O Serviço Social tem como perspectiva de atuação a identificação, interpretação e intervenção dos determinantes sociais presentes no processo saúde-doença. Baseando-se no fortalecimento dos referenciais da Reforma Sanitária, retratados no SUS, com ênfase na garantia do atendimento integral e das práticas assistenciais humanizadas e interdisciplinares, conforme a concepção ampliada de saúde.

É necessário então, compreender a influência dos aspectos culturais, sociais e econômicos no processo saúde-doença, apreendendo a saúde como resultado e parte do estilo e das condições de vida da população usuária. Destaco aqui quatro principais determinantes sociais que tem grande influência no processo saúde-doença de mulheres com câncer de mama e repercutem na atuação do Serviço Social: gênero; acesso à atenção à saúde; situação socioeconômica e; trabalho.

Gênero é definido em Louro (1996), enquanto uma construção social, a qual atribui funções masculinas e femininas. Não se tratando assim, de um fenômeno natural que está relacionado às necessidades fisiológicas e biológicas. Para Scott (1995), gênero faz parte das relações sociais baseadas nas diferenças que distinguem os sexos, estabelecendo assim como uma forma primária de relações de poder.

Inserida nesta lógica, há a naturalização da concepção que a cabe à mulher as funções do cuidado e da assistência no âmbito privado e ao homem o espaço público. Esta diferença entre os sexos, se transformam em desigualdades que se manifestarão em todas relações sociais, considerando as mulheres um grupo oprimido e subordinado, trazendo à tona a discriminação.

Esta diferença implica diretamente nas relações sociais e nos aspectos de saúde da mulher, visto que esta além de acumular funções (mãe, responsável do lar, esposa...) não conta com aparatos sociais de proteção satisfatórios até os dias atuais.

Portanto, faz-se necessário compreender que as expressões da questão social de

uma sociedade desigual, marcada pela diferença entre gêneros refletem na abordagem realizada. Reconhecendo assim, que a categoria gênero é fundamental para compreender os determinantes sociais presentes no adoecimento e suas implicações para a adesão e continuidade do tratamento.

De acordo com o INCA, a incidência do câncer<sup>18</sup> de mama está atrelada à fatores de risco como: a condição socioeconômica; o envelhecimento; fatores relacionados à vida reprodutiva; histórico familiar de câncer; consumo de álcool; excesso de peso; sedentarismo; exposição à radiação ionizante e; alta densidade do tecido mamário (INCA, 2014).

Os impactos do adoecimento por câncer de mama são potencializados diante de uma situação socioeconômica desfavorável, visto que mais de 35% das mulheres brasileiras (PNAD/IBGE, 2009) são referência no núcleo familiar tanto no âmbito econômico, quanto na responsabilidade dos cuidados domésticos e familiar. Ou seja, a redução do potencial de força e/ou a invalidez causada pelo câncer trás graves reflexos para a estrutura econômica e social da mulher e sua família.

Para Wünsch Filho et al. (2008), as diferenças socioeconômicas repercutem no *“perfil epidemiológico de câncer, no que diz respeito à incidência, mortalidade, sobrevida e qualidade de vida após o diagnóstico”* (WÜNSCH FILHO et al., 2008, p.427). Afirmando ainda que baixos níveis socioeconômicos são relacionados a um pior prognóstico (WÜNSCH FILHO et al., 2008, p. 431).

O bom prognóstico do câncer de mama depende do diagnóstico precoce e do tratamento oportuno. Contudo, as taxas de mortalidade por câncer de mama continuam elevadas no Brasil. Em alguns estudos (GONÇALVES; DIAS, 1999; MELO, 2001), isto pode ser justificado pelo diagnóstico tardio, diante da baixa capacidade do SUS em

---

<sup>18</sup> Termo designado para representar de forma sintética um conjunto de mais de cem enfermidades, que abrangem neoplasias malignas de localizações diversas (INCA, 2009, p. 7 e 23)

diagnosticar precocemente; da dificuldade do acesso à serviços de saúde oncológica; pela escassez e/ou ausência de campanhas educativas sobre a prevenção do câncer de mama e seus fatores de risco e; o foco em campanhas que reproduzem o auto exame enquanto método isolado de detecção precoce do câncer de mama.

Mulheres com câncer de mama ainda encontram dificuldades no acesso à serviços de saúde, seja por conta de suas atribuições ou pelo precário suporte da atenção primária em fornecer ações para detecção precoce do câncer. O que remete à reflexão que a agudização do quadro clínico também está atrelada às dificuldades de acesso à serviços de atenção à saúde especializados, representando assim, a possibilidade de um pior prognóstico e intervenções terapêuticas extensas e mutiladoras (mastectomia radical).

Ainda em Wünsch Filho et al.(2008) :

*“Pessoas em condições socioeconômicas desfavoráveis têm maior dificuldade de acesso ao sistema de saúde, conseqüentemente, estão expostas ao diagnóstico tardio de várias doenças, inclusive do câncer. É obrigação das políticas de saúde coletiva suprimir as desigualdades individuais, promover igualdade no consumo de seus serviços e, assim, estabelecer equidade na saúde das pessoas, independente de sua estratificação social”* (p. 114).

Vidal (2008, p.134), considera que o acesso<sup>19</sup> à saúde consiste na utilização dos serviços e recursos de saúde em tempo hábil, superando a noção de que o acesso à saúde se reduz ao agendamento de consulta médica e/ ou um exame para meses após a solicitação.

Contudo, o acesso à esses serviços não assegura a continuidade do tratamento, pois conforme destaca Silva (2010), as mulheres com câncer de mama continuam a enfrentar dificuldades, dada a falta de assistência aos demais aspectos envolvidos no adoecimento e tratamento (dificuldade em garantir o necessário acompanhamento ambulatorial; assistência farmacêutica; ineficácia das demais políticas sociais).

---

19 Para definir o significado de acesso, a autora considerou as ações e serviço de saúde de média complexidade, dando ênfase nas consultas especializadas e na realização de exames laborais de apoio diagnóstico. O termo engloba a ausência de oferta de serviços adequados para o alcance da resolutividade das ações.

No âmbito do trabalho, Batista Silva (2010) explana que em tempos do avanço da ofensiva neoliberal, pessoas enfermas (com vínculo previdenciário ou não) gozam cada vez menos de uma rede de proteção social. Aquelas com vínculo informal, que contam com sua capacidade física na geração de renda, quando incapacitados de contribuição financeira no núcleo familiar por conta do câncer, esbarram com a ausência de uma proteção social, já aquelas com vínculo formal esbarram com dificuldade de acesso à direitos sociais previsto em lei, diante do desmonte de seus direitos previdenciários (BATISTA SILVA, 2010, p.183). Em ambos os casos percebe-se que a condição socioeconômica e a vulnerabilidade social agudizam as implicações do adoecimento, do acesso e da adesão e continuidade do tratamento.

Considerando o território de abrangência deste serviço, no ano de 2014, a grande maioria atendida pelo Serviço Social relatava que era única referência financeira em seu núcleo familiar e desempenhava diversas funções cotidianas para além do emprego (mãe; responsável nos cuidados com o lar e família...); dificuldades em acessar atenção primária e com isso o quadro de saúde alterou significativamente; não dispunham de benefícios sociais e; enfrentavam dificuldades de manter o tratamento diante da não inserção em políticas sociais (BPC; vale social; auxílio doença...) e, conseqüentemente da situação econômica precária.

Neste sentido, percebe-se a extrema importância de políticas públicas que devem considerar os impactos dos determinantes sociais no adoecimento, garantindo o acesso universal e em tempo hábil, favorecendo a equidade e a integralidade de uma atenção oncológica de qualidade e o acesso à outros direitos sociais, assegurando assim, o suporte financeiro e social para a manutenção de suas necessidades e fundamentais para a promoção de sua saúde (SKABA, 2013).

Há de considerar também a importante contribuição das práticas de saúde

orientadas pela integralidade na melhoria tanto na assistência à saúde, quanto na qualidade de vida das usuárias com câncer. Tem-se o desafio de construir uma perspectiva de atuação multiprofissional e interdisciplinar; uma abordagem que considere as diversas dimensões e necessidades do sujeito, superando o modelo focado na doença e; uma assistência integrada à rede, que considere as especificidades do território.

À vista do que foi exposto aqui, as ações do Serviço Social no Serviço de Ginecologia do HFB foram e são direcionadas aos interesses e necessidades dos usuários, configurando-se em respostas profissionais que favorecem o seu tratamento e a consolidação do SUS. Defendendo que o direito à saúde de qualidade depende de um trabalho interdisciplinar e multiprofissional, contemplando as diferenciadas demandas dos usuários; da articulação intersetorial e com a rede de atenção à saúde, que reconheça as especificidades do território de abrangência e; do entendimento do sujeito e suas múltiplas dimensões.

Porém, o que se observa no Serviço de Ginecologia é a ênfase no aspecto curativo; a falta de entrosamento entre a equipe; a ausência de fluxo de atendimento e; alta rotatividade de internações e o esvaziamento da Enfermaria. Tais fatos, impactaram diretamente na atuação do Serviço Social, dificultando assim uma assistência integral, gerando por fim, ações isoladas.

Segundo Vasconcelos (2006, p.428), é necessário ao Serviço Social e não somente *“politizar, criticar, denunciar e/ou enfrentar uma luta por mudança de rotinas que são perversas para o usuário”*.

Sendo assim, o subitem a seguir procura mostrar evidências das ações do Serviço Social no Serviço de Ginecologia na busca de modificar este cenário, garantindo assim a integralidade na assistência à mulheres com câncer de mama.

#### 4.5 Integralidade: contradições atuais do Serviço de Ginecologia do HFB

Na Ginecologia do HFB valoriza-se o aspecto curativo biológico individual em detrimento de ações que consideram todos os aspectos do adoecimento, coletivamente. Este foco na intervenção cirúrgica e o alto número de rotatividade de internações de curta permanência podem ser justificados pela remuneração da média e alta complexidade ser feita de acordo com procedimentos realizados. O que fortalece a concepção de atenção somente à doença e não aos demais aspectos envolvidos no adoecimento.

Tal fato, também influencia o entrosamento da equipe, visto que se a cirurgia é o objetivo do serviço os profissionais essenciais são os médicos e enfermeiros, não havendo a valorização dos demais segmentos profissionais envolvidos. Desconsiderando assim, a necessidade extrema de atuação destes ou do estabelecimento de um fluxo de atendimento que perpassasse por todos os profissionais e uma abordagem multiprofissional. Nota-se a ação isolada de todo segmento profissional.

Observa-se então, a influência do paradigma flexineriano na organização desta equipe de saúde. O modelo biomédico presente dá ênfase aos profissionais considerados de ponta (médico e enfermeiros) em um claro movimento de hierarquia de classe profissional e em um processo de subordinação dos demais profissionais de saúde tidos como paramédicos. O trabalho multiprofissional e interdisciplinar não é reconhecido e não se percebe, apesar de tentativas do serviço social, movimento no sentido de implementá-lo.

Apesar do país ter investido massivamente em infraestrutura urbana para receber o campeonato de futebol da Copa do Mundo 2014 a Saúde vivencia o sucateamento e seus usuários grandes dificuldades para dar continuidade ao tratamento. Neste serviço, houve escassez de insumos básicos (como esparadrapos e gaze); falta de lâminas de

exames de biópsia e; ausência de mamógrafos. Além de enfrentar a escassez de recursos humanos, principalmente de profissionais anestesiistas e dificuldade de garantir a radioterapia, já que o hospital não oferece e em outras unidades há a dificuldade de inserção, seja pelo alto número de usuários já admitidos, seja pela baixa eficiência de alocação das usuárias pelo SISREG.

#### 4.6 Serviço Social: construindo alternativas para uma atenção integral à saúde das mulheres com câncer de mama no HFB

O desafio do Serviço Social aqui é contribuir para concretização do SUS, proporcionando a efetivação da integralidade na atenção à saúde de mulheres com câncer de mama, reconhecendo a intersetorialidade; a interdisciplinariedade; a abordagem holística e; a atuação em rede de atenção fundamentais para atuar sobre os problemas estruturais da população usuária do serviço.

A seguir, destacam-se uma série de ações do Serviço Social que objetivaram propiciar a integralidade na atenção à saúde de mulheres com câncer de mama atendidas no HFB no ano de 2014.

##### 4.6.1 Abordagem Social

Na abordagem realizada à usuárias e/ou seus familiares busca-se propiciar uma atenção humanizada. Ela se constitui de cinco elementos: o estabelecimento de vínculo entre os profissionais e as usuárias; a escuta atenta e qualificada; a troca de informações; a identificação da situação da usuária e; os encaminhamentos.

Para esta abordagem é necessário preencher o instrumento intitulado de Folha de abordagem social, o qual dispõe de informações sobre o quadro clínico; as dificuldades na adesão ao tratamento; acesso à benefícios; a dinâmica socioeconômica e familiar; a situação trabalhista; situação habitacional; Parecer Social e; conduta profissional. Essas informações subsidiam a atuação profissional seja na busca de recursos, em orientações sobre direitos sociais; seja na interlocução com a equipe multiprofissional e encaminhamentos para a rede.

Entende-se que este momento é imprescindível para o alcance da integralidade no que diz respeito à abordagem das diversas dimensões da usuária, pois considera-se os diversos aspectos do adoecimento<sup>20</sup>, incentiva a ação multidisciplinar e interdisciplinar e, sobretudo vai de encontro à superação do modelo de atenção biomédico, focalizado na cirurgia, centrando-se na usuária, buscando assim, desenvolver ações que fortaleçam o paradigma de produção social de saúde, como eixo norteador das ações de saúde no setor.

#### 4.6.2 Ações multidisciplinares

Parte-se do pressuposto que a integralidade compreende na articulação de diversos saberes e práticas profissionais e com o intuito de propiciar uma atuação integral; estabelecer um fluxo de atendimento e ações multiprofissionais e interdisciplinares, foram elaborados cartazes e folders contendo informações sobre a atuação do Serviço Social na saúde e a importância dos determinantes sociais no processo saúde-doença e agendadas reuniões com os diversos segmentos profissionais (Medicina; Enfermagem; Fisioterapia; Psicologia...) para esclarecimento sobre a atuação

---

<sup>20</sup> Ao identificar demandas de outros segmentos profissionais é realizado encaminhamento ao profissional de referência e ou à unidade responsável.



do Serviço Social e propor uma assistência interdisciplinar ou um fluxo de atendimento que perpassasse por todos os profissionais.

Observou-se pouca adesão no início, com encaminhamentos sobretudo, de médicos mastologistas, que com o passar do tempo reduziu-se drasticamente a ponto de retornar à ações isoladas. Foram retomadas as tentativas de entrosamento diversas vezes, todas apresentando o mesmo quadro de adesão.

Entendendo o perfil da patologia e as demandas ao Serviço Social, optou-se em elaborar fluxo com os médicos mastologistas, que contou com poucos encaminhamentos. Tal quadro pode ser justificado pela dinâmica institucional que tem o foco na intervenção cirúrgica e pela atual situação da instituição, destacada anteriormente.

Para além disso, buscou-se estabelecer um espaço de reunião da equipe multiprofissional da Ginecologia para discutir situações e traçar planos de atendimento multidisciplinar, o round multiprofissional. A proposta encontrou rejeição por parte da equipe, inclusive da Chefia do Serviço de Ginecologia, entendida por estes como mais uma frente de atuação que sobrecarregaria sua ação em outros aspectos e influenciaria na dinâmica do Serviço, visto que a atenção ao usuário nos atendimentos dos profissionais seria prejudicada com a redução do tempo de consulta e visita aos leitos, em benefício do round.

A ausência de espaços de entrosamento entre a equipe é entendida como uma dificuldade na construção da integralidade e da progressiva troca de saber, o que poderia favorecer uma ação interdisciplinar em equipe, a sensibilização dos profissionais para os demais aspectos do adoecimento e requisição de ação do Serviço Social, para a garantia dos direitos.

Essas ações buscaram romper com a hegemonia do paradigma flexneriano, presente nas ações de saúde por intermédio modelo biomédico estabelecido no Serviço.

Buscou-se promover uma assistência que contemplasse as dimensões social, psicológica e biológica, através da ação multiprofissional e interdisciplinar superando uma visão reducionista e fragmentada do processo saúde-doença. Porém não se obteve êxito, devido a não adesão dos diversos segmentos profissionais do Serviço.

#### 4.6.3 Atuação em rede

Ao estabelecer o público alvo prioritário (câncer de mama) realizou-se um levantamento de recursos institucionais assistenciais, a partir da aproximação e articulação com instituições governamentais e não governamentais do território de atuação da A.P 3.1 e dos territórios de origem das usuárias (ABRAPAC; ABRAPEC; Fundação Laço Rosa...) e programas de geração e transferência de renda; habitacional e; educacional.

Tal articulação com a rede foi realizada somente através de contato telefônico para identificar a rotina institucional; público alvo; critérios de inserção; documentação necessária e; dias e horários de atendimento. Realizavam-se encaminhamentos para estas instituições com sumário da situação social, resguardando informações sigilosas. Em algumas instituições buscou-se realizar visita institucional, que não foi possível ora pela resistência das instituições, ora pela dinâmica do próprio HFB e do Serviço Social.

Esta interação buscou favorecer todo o processo saúde- doença e diminuir os risco à vida, para além do aspecto biológico. Considera-se que ainda não se estabeleceu enquanto rede, visto que para a efetivação desta construção é necessário uma maior articulação com as demais instituições. Porém, cumpriu seu objetivo principal de oferecer o suporte às usuárias em tratamento e propiciou também uma breve aproximação e atuação em conjunto com demais setores da sociedade.

Esta iniciativa pode ser potencializada através de visitas institucionais periódicas, reuniões e realização de fóruns locais, com toda rede de referência (A.P 3.1) para elaborar o perfil de seus usuários e estratégias de organização de seus serviços. Dando assim, maior organicidade às ações implementadas e potencializando as ofertas do território. Estimulando também novas articulações com a rede extra territorial, contemplando assim as demandas dos usuários que não residem na AP 3.1, além de articular respostas às demandas, cujas soluções o território não apresenta .

Acredita-se que deve haver uma maior articulação com os demais níveis de atenção à saúde, visando estimular ações de promoção e prevenção de saúde; diagnóstico precoce; tratamento e reabilitação das usuárias de câncer. Visto que a relação que se estabelece entre as unidades é superficial, no sentido de não contemplar a coletividade e insuficiente por não ser aproveitado para colher dados de incidência e prevalência do câncer de mama no território de abrangência, para assim elaborar estratégias de atuação conjunta para usuárias que abandonaram o tratamento ou que não acessaram algum serviço de saúde em tempo hábil. Ademais, faz-se necessário articulação com a atenção primária, problematizando os índices de incidência e prevalência de câncer de mama no território, no sentido de potencializar ações de promoção e prevenção ao câncer de mama.

#### 4.6.4 Educação em saúde: abordagens de grupo

Concorda-se com Valla (1992, p.31) quando este define as ações de Educação e Saúde como uma proposta de relacionar o processo saúde-doença da população com as suas condições de vida e de trabalho. O autor critica a abordagem que privilegia conselhos e normas para o indivíduo. Partindo deste pressuposto a ação do Serviço Social tem como base uma perspectiva histórica da condição feminina, considerando as

desigualdades entre os gêneros presente na sociedade atual e a diversidade racial; etária; religiosa; de orientação sexual que refletem no processo saúde-doença.

Sendo assim, busca-se potencializar coletiva e individualmente o pensamento crítico-reflexivo das usuárias para a ampliação da interpretação do cotidiano e suas dificuldades, problematizando o processo saúde-doença e fornecendo estratégias para o enfrentamento da realidade social em que vive.

Os Projetos “Abrindo a roda...” e “conversando sobre direitos” visam propiciar um espaço de abordagem coletiva às usuárias do Ambulatório e da Enfermaria, respectivamente a partir da reflexão das características multifacetadas do processo saúde-doença/hospitalização (englobando o trabalho; família; gênero; geração; etnia; meio ambiente e convivência social e comunitária.), no sentido de reconhecê-lo no contexto da vida cotidiana e na interpretação crítica da realidade social, na perspectiva de totalidade. Além de favorecer a democratização das informações referentes aos direitos sociais e direitos dos usuários do SUS. São encontros programados anualmente, abordando temáticas pré definidas, com previsão de ocorrerem quinzenalmente e mensalmente, respectivamente.

Entendendo a importância das ações interdisciplinares, na abordagem dos diversos aspectos envolvidos no processo saúde-doença, nos dois projetos pretendeu-se incorporar a contribuição dos diversos segmentos profissionais (Enfermagem; Terapia Ocupacional; Medicina; Nutrição e Psicologia) tanto na elaboração, quanto na execução e avaliação, favorecendo a qualidade da assistência prestada. Os encontros realizados não contaram com a participação de nenhum dos segmentos supracitados. Alguns profissionais relatam dificuldades em participar, devido ao excesso de demandas cotidianas, não sendo possível aderir à esta ação, desvalorizando-a.

Foram realizadas 04 encontros na Enfermaria e 02 no Ambulatório. Atualmente,

ambos encontram-se suspensos. Na Enfermaria enfrenta-se o esvaziamento dos leitos e o alto número de rotatividade de internações de curta permanência, não havendo possibilidade de se formar um grupo. Já no Ambulatório, o espaço da sala de espera não favoreceu a ação do serviço social, que obstruía o caminho das usuárias e da equipe, para além de contar com o receio das usuárias em perder a consulta, por estar envolvida com o grupo. Houve também o afastamento da equipe de referência em período do ano para gozo de férias. Ao retornar, esta envolveu-se nas atividades de planejamento e execução da campanha “Outubro Rosa no HFB”.

Além de estimular a troca de informações e da capacidade crítica, esta ação fortalece o paradigma de produção social da saúde, no sentido em que reconhece a relação intrínseca entre o modo e características de adoecimento e o modo de organização da sociedade; contempla a integralidade ao considerar as especificidades do território em seu planejamento, as dimensões biopsicossociais, através da interdisciplinariedade.

#### 4.6.5 Campanha Outubro Rosa no HFB 2014

Com o intuito de inserir o HFB na campanha mundial do “Outubro Rosa”, o Serviço Social do Serviço de Ginecologia percebeu a importância de somar esforços com outros setores da sociedade, no sentido da prevenção do câncer de mama; detecção precoce e da qualificação da assistência prestada nos serviços de saúde, envolvendo diversos segmentos profissionais a partir do desenvolvimento de ações de prevenção e promoção à saúde e de conscientização da importância do diagnóstico precoce.

Iniciou-se o processo de elaboração conjunta do projeto da campanha com diversos setores do Hospital, tais como Psicologia; Nutrição; Enfermagem; Saúde do Trabalhador; Centro de voluntariados; entre outros. Foi um processo que favoreceu a

integralidade, visto que desencadeou numa ação interdisciplinar e multiprofissional e que envolveu a rede de atenção à saúde e representantes de políticas públicas.

A campanha no HFB contou com a distribuição de laços rosas para funcionários e usuários do HFB; distribuição de folders informativos; afixação de cartazes em toda unidade, universidades e instituições de saúde, além de convites à estes, durante todo o mês de outubro e; a realização de um seminário multiprofissional intitulado de “Outubro Rosa no HFB: a contribuição dos diversos saberes na prevenção do câncer de mama”<sup>21</sup>.

Apesar de ser uma ação pontual, ocorrida uma vez no ano, foi considerada uma ação exitosa, pois contou com a presença massiva de usuárias; favoreceu o trabalho em equipe interdisciplinar e articulação com a rede de apoio e representantes de políticas públicas, instituições e movimentos sociais e; possibilitou a problematização do acesso, relacionando-o com a agudização do quadro clínico, a questão de gênero, a ausência de ações de promoção e prevenção ao longo do ano e em articulação com todos os níveis de atenção à saúde; e a despolitização da campanha, que focaliza o auto-exame.

Em sua fala, a assistente social de referência do Serviço social de Ginecologia pontua:

“Cabe a reflexão sobre a necessária politização da campanha, de forma a contemplar o contexto vivenciado pelas mulheres das camadas populares afetadas pelo câncer de mama. Essa problematização converge para a luta pela garantia do acesso adequado à saúde, assim como para a necessária garantia dos demais direitos sociais. [...] Defender o direito das mulheres à Saúde, é defender o seu direito à vida! Por isso, vamos dizer não à demagogia que responsabiliza as mulheres pelo próprio adoecimento, encobrindo a responsabilidade do Estado com a Saúde enquanto política pública e de qualidade.” (2014).

Após o evento notou-se o crescimento de demandas ao Serviço Social, por meio de encaminhamentos de médicos e da Psicologia, além de solicitações da Enfermagem da Enfermaria. Com isso, foi retomada as tentativas de entrosamento com a equipe e

---

<sup>21</sup>Contou com a presença de membros da direção do HFB; representantes da Sociedade Brasileira de Mastologia e da Secretária Estadual de Políticas Públicas para as Mulheres; da Doutora, socióloga e assistente social Márcia Fróes Skaba; Mastologista Sandro Prior; Enfermeira Aline Campos de Abreu; da Psicóloga Márcia Natal B. de Abreu; Cirurgião Plástico Doutor Wagner Teixeira; assistentes sociais do HFB Tereza Cristina F. Silva e Giani Carla Gigaroli; nutricionista Elizabeth Rêgo Navarro Pereira e; da Doutora e fisioterapeuta Juliana F. O. Tavares Oliveira

pretendeu-se iniciar em 2015 um grupo de suporte às mastectomizadas, com o intuito de oferecer suporte assistencial, psicológico e de reabilitação no pós-cirúrgico, envolvendo demais profissionais.

A proposta do grupo foi recebida com muito entusiasmo por parte da equipe multiprofissional, sobre tudo da Fisioterapia. Porém, a dinâmica institucional e a incompatibilidade de horários impossibilitaram a elaboração do projeto.

A campanha foi um marco na história do Serviço Social de Ginecologia. Relacionando-a com os objetivos deste trabalho, fica claro sua contribuição para a superação do modelo biomédico na assistência às mulheres com câncer de mama e na articulação dos diversos saberes e práticas profissionais. Contudo não suficiente para contemplar a integralidade de modo geral.

É necessário para os anos seguintes uma maior aproximação com a rede de apoio e os diversos níveis de atenção na elaboração de uma campanha capaz de articular práticas preventivas e assistenciais de caráter horizontal; de promover uma assistência não fragmentada, que considere os diversos aspectos do adoecimento e a especificidade do território; de estimular ações intersetoriais e interdisciplinares e; que resulte na criação de um grupo de gestão em saúde da mulher com câncer de mama, com a participação de representantes dos diversos setores, para a construção de uma assistência de qualidade, que discuta habilidades e competências de cada área, elabore estratégias de superação de lacunas territoriais e reveja a linha de cuidado, com o intento de garantia de direitos.

## **Considerações finais**

As reflexões aqui apresentadas buscaram contribuir para uma leitura crítica sobre o paradigma de saúde utilizado e o uso da integralidade na política de saúde, sobretudo naquela que se refere à assistência à pessoas com câncer de mama.

É nítida a influência do paradigma flexneriano na configuração da assistência oferecida no Serviço de Ginecologia do HFB, já que este serviço tem como característica principal as práticas de saúde centradas na dimensão biológica. Para que isso seja superado deve-se promover uma mudança estrutural que perpassa no nível da formação profissional; da gestão dos serviços de saúde e; nas ações cotidianas de saúde.

O Conselho Nacional de Saúde (2003), apontou que há o reconhecimento entre os profissionais da saúde que atuação setorial isolada é insuficiente no alcance de resultados efetivos capazes de transformar a realidade e promover a qualidade de vida. Afirma ainda, que *“há um longo percurso tanto no plano do saber quanto no plano das práticas que permita fazer a ruptura do próprio modelo do conhecimento e de formação dos profissionais”* (CNS, 2003, p. 22-23).

Sendo assim, essas mudanças devem estar articuladas com a adoção do paradigma da produção social da saúde, da visão ampla de saúde, que considere os determinantes e condicionantes de saúde envolvidos no processo saúde-doença em um dado território, do compromisso com a efetivação de uma política pública de qualidade comprometida com as necessidades dos usuários. Os conceitos de integralidade aqui apresentados devem constar no processo de formação de cada segmento profissional inserido na saúde, durante a formação profissional.

Há que se considerar a necessidade de ampliar a percepção a cerca do território. Este deve ser apreendido em sua complexidade de interesses e conflitos de classes; formas de organização do seu modo e modelo de produção; dos aspectos sócio políticos



e culturais que incidem diretamente sobre os indicadores de saúde da realidade social e; seu quadro sanitário e epidemiológico.

Considera-se ainda, a importância de se reconhecer as múltiplas necessidades das usuárias; as desigualdades socioeconômica, de gênero, étnica e geracional também como determinantes sociais do processo saúde-doença ampliando assim, a visão de saúde. O segundo passo é perceber a importância desta formação para práticas de saúde que promovam a integralidade na assistência às usuárias com câncer de mama no acolhimento até o tratamento.

A hegemonia do modelo biomédico vivenciada neste serviço favorece ações isoladas, em detrimento de ações interdisciplinares, as quais considerem os aspectos biopsicossociais do adoecimento e as necessidades dos sujeitos e; acentua o distanciamento entre as práticas de prevenção; promoção; recuperação e; reabilitação da saúde, preconizadas no SUS. Não havendo assim, articulação entre os três níveis de atenção à saúde (primário, secundário e terciário) ocasionando o agravamento das doenças como o câncer.

Certamente, a articulação entre a equipe do HFB, enquanto nível de atenção terciário, com as Coordenações de área Programáticas (Caps) de referência e as unidades de saúde primária (Postos de Saúde, Pam e Saúde da Família), para a discussão dos indicadores, incidência e prevalência de câncer nos territórios, podem fortalecer as ações de promoção e prevenção de saúde nestes territórios, além de estabelecer mecanismos interinstitucionais entre estes os dois níveis, para a efetivação da busca ativa de pacientes que abandonaram o tratamento e o acompanhamento da atenção básica destes casos e dos que se encontram em tratamento. Estas ações de saúde contribuem para o fortalecimento da qualidade de vida da população inserida na atenção primária de saúde.

O que ocorre entre este Serviço e os demais níveis de atenção é uma comunicação de forma superficial, em casos específicos. Não havendo estratégias para superação de suas limitações e nem a consolidação de uma rede de referência e contra referência, a qual garanta à todas as usuárias com câncer de mama o acesso à todos serviços necessários para a detecção precoce do câncer de mama e continuidade do tratamento em todos os níveis de atenção. Prejudicando assim, o alcance da integralidade, conforme Paim (2008, p. 552) aponta.

Um dispositivo significativo para promover o fortalecimento da gestão do HFB no sentido de garantir melhorias na assistência deste serviço, incluindo a integralidade é a efetivação e fortalecimento da participação social (controle social). Trata-se de uma alternativa, frente ao contexto de aprofundamento do modelo biomédico, de atuar na avaliação, formulação de estratégias e no controle da execução da política de saúde para sua melhor efetivação. Consiste na criação de um conselho gestor da unidade, com a participação de profissionais, gestores e usuários, para que estes, enquanto sujeitos políticos mobilizem-se em defesa de uma saúde com qualidade. Cabendo ao Serviço Social criar estratégias que possibilitem a reflexão crítica e facilitem esta participação dos usuários, pois assim, pode se contribuir e incentivar os usuários a participarem da luta em defesa de seus interesses na busca de uma assistência integral e de qualidade à mulheres com câncer.

Pensar em práticas de saúde numa perspectiva da saúde coletiva, valoriza as ações de cada nível de atenção e cada segmento profissional presente na linha de atenção à saúde dessas mulheres. No caso do HFB, cabe à gestão hospitalar junto aos representantes das demais instituições de saúde da A.P 3.1 incentivar a superação desta limitação, através da compra de mamógrafos; promoção de cursos de capacitação profissional com as temáticas (paradigmas de saúde, gênero, humanização, integralidade,

câncer de mama, cuidados paliativos...); garantia de acesso à serviços de alta complexidade (exames, consultas e cirurgia) em tempo hábil; fomentação de abordagens multidisciplinares e interdisciplinar, através de uma abordagem holística; construção de uma rede assistencial e; uma maior articulação com os diversos níveis de atenção e as demais políticas públicas.

No que se refere ao Serviço Social, é de extrema importância a existência de um projeto crítico de intervenção do Plantão social que evidencie suas competências e atribuições e um profissional que tenha clareza destes, assim como tenha a apropriação teórica, instrumental e técnica para operá-lo, numa atuação comprometida com os interesses dos usuários e com a potencialização do projeto ético-político e da efetivação dos direitos sociais. Apesar de não ter ainda um projeto de intervenção do serviço social neste setor nota-se que para responder às demandas, os plantonistas realizam, em sua maioria as mesmas ações, tais como: abordagem aos leitos dos usuários; atendimento aos acompanhantes e familiares dos usuários; entrosamento com a equipe multiprofissional; busca de recursos institucionais; encaminhamentos internos e externos; contato telefônico com familiares dos usuários, bem como orientações referentes aos direitos sociais. Outras demandas, como situações de violência e abrigamento de crianças e idosos sem referência familiar também recaem sobre o setor, as quais necessitam de uma atuação planejada e articulada com demais profissionais e setores.

Sendo assim, o Plantão Social pode propiciar uma atuação que favoreça a integralidade, visto que este demanda um atendimento que considere as demandas explícitas e implícitas; o desvelamento da realidade; uma interlocução interdisciplinar e uma articulação intersetorial. Descaracterizando-se então, como um espaço somente de *“ações imediatas, isoladas e assistemáticas [...] com um fim em si mesmo, na medida em que, não estão articuladas a programas e projetos”* (VASCONCELOS, 2006, p. 249-250).

O Serviço Social da Ginecologia apropria-se de uma visão crítica sobre a realidade em que as usuárias estão inseridas e dos processos sociais em sua dimensão macroscópica, atuando de forma comprometida com as necessidades destas. Tendo suas ações voltadas para o fortalecimento dos ideais do movimento da Reforma sanitária, que estão também associados à integralidade, tais como: a busca por atuação interdisciplinar; ação interligada com a realidade de seu público alvo; democratização de informações; estímulo à participação social; acolhimento; atendimento humanizado; realização de projetos de educação em saúde e; contato com a rede intersetorial e de atenção à saúde.

Entendo que as práticas do Serviço Social de Ginecologia não são burocratizadas, tendo suas referências teóricas, metodológicas e operativas em concordância com o movimento crítico da profissão, com o ideais da reforma sanitária e comprometidas com os usuários. As ações de acolhimento e educação em saúde adotadas contemplam o paradigma de produção social em saúde e assim, a integralidade também, mas ao esbarrar com a predominância do modelo biomédico no Serviço, há limitações em promover ações de construção de rede, interdisciplinariedade e intersetorial.

As lacunas no que se refere à articulação com rede de apoio e demais setores, se deu devido a articulação de forma pontual e distante. É necessário realizar uma maior aproximação com a rede através de visitas institucionais; reuniões e; a criação de fóruns regionais para discutir o perfil socioeconômico e cultural do território de abrangência; suas especificidades que influenciam no adoecimento e/ou continuidade no tratamento de câncer de mama; planejar, elaborar e avaliar estratégias de enfrentamento em articulação com todos os níveis de atenção; identificar instituições e; construir uma rede de assistência à pessoas com câncer de mama.

Essas ações favorecem a promoção, prevenção de saúde, tratamento e reabilitação das usuárias de câncer, promovendo o diagnóstico precoce; o acesso à

exames e tratamentos em tempo hábil e; acompanhamento pré e pós cirúrgico. Além de garantir a continuidade do tratamento em todos os níveis de atenção e todo o suporte que as usuárias demandarem. Alcançando assim, a integralidade da assistência às usuárias com câncer de mama.

Já as ações interdisciplinares e multiprofissionais percebe-se como limitação do Serviço de Ginecologia, o qual possui um caráter centrado na doença e disponibilidade de leitos. Para que haja mudança é necessário uma maior sensibilização de toda a equipe, principalmente da gestão deste serviço. A adoção de estudos de caso na equipe, além de seminários temáticos sobre o trabalho multidisciplinar e interdisciplinar em rede pode contribuir para fomentar correlação de forças que contribua para a gênese de um trabalho integral.

Ao conferir a intersectorialidade como parte pressuposto da integralidade, nota-se que esta articulação com as demais políticas também é feita de forma pontual (quando necessário) e ainda assim é prejudicada pelos desmontes das políticas públicas, diante da ofensiva neoliberal. Apesar da usuárias com câncer de mama possuir o perfil de diversos direitos e benefícios sociais, estas esbarram com os critérios de elegibilidade cada vez mais excludente e seletivo das políticas públicas.

Apreender e executar a integralidade exige decisão e iniciativa, é imprescindível numa prática comprometida com a transformação das desigualdades e na construção de uma sociedade justa e igualitária. Esta não poderá ser alcançada se não houver ousadia para superar os limites colocados pelo neoliberalismo que assola as políticas brasileiras, atualmente e que no caso do HFB se coloca nos recursos orçamentários insuficientes e se materializa na ausência dos equipamentos de saúde de baixa e alta complexidade necessários a prevenção, diagnóstico precoce, tratamento e reabilitação das usuárias com câncer de mama. Então, cabe a todos profissionais da saúde, posicionar-se contra o

sucateamento e a privatização da saúde pública, ou seja resistir perante à força hegemônica do paradigma flexineriano e do processo de mercantilização da saúde, posicionando-se a favor da saúde pública universal e integral.

Pode-se afirmar que no ano de 2014, embora as sucessivas tentativas do Serviço Social, a integralidade às mulheres com câncer de mama não foi implementada no Serviço de Ginecologia do HFB. Exigindo para o ano de 2015 novas reflexões e novos processos de luta, já que será um ano de mudança na gestão hospitalar.

Portanto, os desafios para o Serviço Social de se manter na luta cotidiana por ações que contemplem a integralidade ainda permanecem, tais como: a criação de instrumento único de abordagem interdisciplinar e multiprofissional; o estabelecimento de um fluxo de atendimento e a criação de um espaço/rotina de reunião de estudo de caso e seminários temáticos para gerar maior entrosamento entre a equipe; a criação de projetos de intervenção integrados e; a realização de visitas institucionais, entrevistas e ações articuladas para se aproximar da rede. Além de conservar suas ações comprometidas com seu público alvo; democratização das informações e direitos sociais; atendimentos humanizados e; abordagens grupais, que estimulam a participação social.

Nesse sentido, superar a fragmentação do modelo biomédica é urgente no Serviço de Ginecologia do HFB para se alcançar a integralidade, sendo um dever e luta cotidiana de todo profissional de saúde inserido no serviço. Não somente do Serviço Social, visto que a garantia do direito à saúde pública de qualidade é um eixo estruturante na atual Política de Saúde - SUS, o qual deve estar presente tanto no saber, quanto no fazer das práticas de saúde, seja nos atendimentos às usuárias e na interação com os demais profissionais, seja na integração das ações e políticas públicas.

## Referência bibliográfica

- ANDRADE, Luiz Odorico Monteiro de; PONTES, Ricardo José Soares; e Junior, Tomaz Martins. **A descentralização no marco da Reforma Sanitária no Brasil**. Em [Revista Panamericana de Salud Pública, vol 8, n° 12](#). Washington, Agosto 2000.
- ARRUDA, Plínio de. **Desenvolvimentismo e neodesenvolvimentismo: tragédia e farsa**. Em Serviço Social & Sociedade, n.112, v. 1, p. 672, out./dez., 2012.
- BARRETO, Eliana Maria Teixeira. **Acontecimentos que fizeram a história da oncologia no Brasil: Instituto Nacional de Câncer (INCA)**. Em: Revista Brasileira de Cancerologia. Rio de Janeiro: INCA, 2005- p. 267-275.
- BARROCO, Maria Lucia Silva. **A inscrição da ética e dos direitos humanos no projeto ético-político do Serviço Social**. Serviço Social e sociedade. São Paulo: Cortez, 2004. n.79.
- BARROCO, Maria Lucia Silva. **Ontologia do ser social e reflexão ética**. Tese de doutorado em Serviço Social. Pontifícia Universidade Católica de São Paulo. 1996, São Paulo.
- BARROCO, Maria Lucia Silva. **Os fundamentos sócio-históricos da Ética**. In: Capacitação em Serviço Social e Política Social: Módulo 02: crise contemporânea, Questão Social e Serviço Social. Brasília: CEAD/ UNB, 1999, p.129.
- BATISTELLA, Carlos. **Saúde, Doença e Cuidado: complexidade teórica e necessidade histórica**. Em: Fonseca, Angélica Ferreira (Org.) O território e o processo saúde-doença. / Organizado por Angélica Ferreira Fonseca e Ana Maria D'Andrea Corbo. – Rio de Janeiro: EPSJV/Fiocruz, 2007, p. 25-50.
- BRASIL. Ministério da Saúde. **Média e alta complexidade**. Brasília, DF, 2003. Disponível em: <http://portal.saude.gov.br/portal/sas/mac/area..> Acesso em: 22/12/2014.
- BRASIL, Ministério da Saúde. **Relatório final. 8º Conferência Nacional de Saúde**, 1986. Brasil.
- BRASIL, Ministério da Saúde. Secretaria de Gestão Estratégica e Participativa. **A construção do SUS: histórias da Reforma Sanitária e do processo participativo/** Ministério da Saúde, Secretaria de Gestão Estratégica e Participativa. - Brasília : Ministério da Saúde 300p. - (Série I. História da Saúde no Brasil).
- BRAVO, Maria Inês Souza. **Política de Saúde no Brasil**. IN: MOTA, Ana Elizabete [et al] (orgs). Serviço Social e Saúde. 3º Ed. São Paulo: Cortez, 2008.
- BRAVO, Maria Inês Souza e MENEZES, Juliana Souza Bravo. **Saúde na atualidade : por um sistema único de saúde estatal, universal, gratuito e de qualidade**. 1.ed.– Rio de Janeiro : UERJ, Rede Sirius, 2011. p.15-28.

BRAVO, M. I. S.; MATOS, M. C. **Projeto ético-político do Serviço Social e sua relação com a reforma sanitária: elementos para o debate**. In MOTA, A. E. et al. (Org.). *Serviço Social e saúde: formação e trabalho profissional*. São Paulo: Cortez, 2009, p. 197-217.

CAMPOS, Carlos Eduardo Aguilera .**O desafio da integralidade segundo as perspectivas da vigilância da saúde e da saúde da família**. Ciência & saúde coletiva, vol.8. no.2. Rio de Janeiro, 2003. Disponível em: [http://www.scielo.org/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1413-81232003000200018&lng=es&nrm=iso&tlng=pt](http://www.scielo.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-81232003000200018&lng=es&nrm=iso&tlng=pt)

Acesso em 10/03/2015.

CFESS. **Código de Ética do Assistente Social**. Brasília: CFESS, 1993.

CFESS. **Parâmetros para a Atuação de Assistentes Sociais na Saúde. Grupo de trabalho Serviço Social na Saúde**. – Brasília: CFESS, 2009.

CHIZZOTTI, A **Pesquisa em Ciências Humanas e Sociais**. São Paulo-SP. Editora Cortez, 1991. p 82-84.

CHUPEL, Cláudia Priscila; MIOTO, Regina Célia Tamasso. **Acolhimento e Serviço Social: contribuição para a discussão das ações profissionais no campo da saúde**. Revista Serviço Social & Saúde. UNICAMP Campinas, v. IX, n. 10, Dez. 2010 p37-59

COHN, Amélia. **A Saúde como direito e como serviço** / Amélia Cohn... [et al]. -- . São Paulo : Cortez: CEDEC, 2002.

\_\_\_\_\_. CONSELHO NACIONAL DE SAÚDE. *Consolidado dos relatórios das conferências Estaduais de saúde. 12ª Conferência Nacional de Saúde- Conferência Sérgio Arouca: “SAÚDE: DIREITO DE TODOS, DEVER DO ESTADO A SAÚDE QUE TEMOS, O SUS QUE QUEREMOS”*. Brasília, 2003.

\_\_\_\_\_. Decreto nº 4.682 - de 24 de janeiro de 1923 – Lei Eloy Chaves.

ESCOREL, S.; TEIXEIRA, L.A. **História das políticas de saúde no Brasil de 1822 a 1963: do império ao desenvolvimentismo populista**. In: GIOVANELLA, L. et al. (org.), *Políticas e Sistemas de Saúde no Brasil*. Rio de Janeiro: Editora FIOCRUZ, 2008. P. 333 - 384

ESCOREL, S.; TEIXEIRA, L.A. **História das políticas de saúde no Brasil de 1964 a 1999: do golpe militar à reforma sanitária**. In: GIOVANELLA, L. et al. (org.), *Políticas e Sistemas de Saúde no Brasil*. Rio de Janeiro: Editora FIOCRUZ, 2008. P. 385 - 434

FALEIROS, Vicente de Paula. **Saber profissional e poder institucional**. 6 ed. São Paulo: Cortez, 2001.

FALEIROS, Vicente De Paula. **Reconceituação Do Serviço Social no Brasil: Um Movimento em Questão**. Em Revista Serviço Social e Sociedade, nº 84. São Paulo. Cortez Editora, 2005. P.21-34.

FERRAZ, S.T. **Promoção da saúde: viagem entre dois paradigmas**. *RAP*, Rio de Janeiro, v. 32, n. 2, p. 49-60, 1998.

FRAZÃO, A.; SKABA, M. M. F. V. **Mulheres com Câncer de Mama: as Expressões da Questão Social durante o Tratamento de Quimioterapia Neoadjuvante**. Revista Brasileira de Cancerologia, v.59, n.3,



p.427-435, 2013.

GUERRA, Yolanda, **Serviço Social: Dilemas da Precarização e Estratégias de enfrentamento**. In: COSTA, Gilmaisa M, PRÉDES, Rosa, SOUZA, Reivan, (orgs.) Crise Contemporânea e Serviço Social. Maceió: EDUFAL, 2010, p. 85-109.

GUERRA, Yolanda. **A dimensão investigativa no exercício profissional**. In: Serviço Social: direitos sociais e competências profissionais. Brasília: CFESS/ABEPSS, 2009.

Grupo de Estudos e Pesquisas sobre ética. **Coletânea de códigos de Ética Profissional do (a) Assistente Social/ GEPE**. Recife, CTC, 2006

HUDLER, Daniel Jacomelli; TANNURI, Claudia Aoun. [Planejamento reprodutivo: atuação estatal e esterilização voluntária](http://jus.com.br/artigos/26527). Revista Jus Navigandi, Teresina, [ano 19, n. 3863, 28 jan, 2014](http://jus.com.br/artigos/26527). Disponível em: <<http://jus.com.br/artigos/26527>>. Acesso em: 29 set. 2015.

IAMAMOTO, Marilda Villela. **O Serviço Social na contemporaneidade: trabalho e formação profissional**. 14 ed. São Paulo, Cortez, 2008.

IAMAMOTO, Marilda Vilela. **O Serviço Social na contemporaneidade: trabalho e formação profissional**- 6 ed.- São Paulo. Cortez, 2003.

INSTITUTO NACIONAL DE CÂNCER. Ministério da Saúde. **Relatório anual 2000**. Disponível em [http://www.inca.gov.br/inca/relatorios/rel\\_2000/institucionais.html](http://www.inca.gov.br/inca/relatorios/rel_2000/institucionais.html). Acessado em 12/05/2015

LAURELL, A.C. **A saúde-doença como processo social**. Revista Latinoamericana de salud. México, 2:7-25, 1992.

\_\_\_\_\_. Lei nº 6.259 - de 30 de outubro de 1975 - Sistema Nacional da Saúde.

LESSA, Ana Paula Girão; COSTA, Liduína Farias A. (Orgs.). **O serviço social no Sistema Único de Saúde**. Fortaleza: Uece, 2003.

LISBOA, Teresa Kleba. **Gênero, feminismo e Serviço Social – encontros e desencontros ao longo da história da profissão**. Em Revista *Katál. Florianópolis* v. 13 n. 1 p. 66-75 jan./jun. 2010

MATTOS, R. **Os sentidos da integralidade: algumas reflexões acerca de valores que merecem ser defendidos**. In: PINHEIRO, R. & MATTOS, R. (Orgs.) Os Sentidos da Integralidade na Atenção e no cuidado em Saúde. 4.ed. Rio de Janeiro: Cepesc/IMS/Uerj/Abrasco, 2005.

MARTINELLI, M. L. **O uno e o múltiplo: uma abordagem socioeducacional**. In: MARTINELLI, M. L.;

RODRIGUES, M. L.; MUCHAIL, S. T. (Orgs.). *O uno e o múltiplo nas relações entre as áreas do saber*. São Paulo: Cortez/Educ, 1995. p. 139-151.

MENDES, Eugênio. **As redes de atenção à saúde**. Brasília: Organização Pan-Americana da Saúde, 2011.549.

MENDES, Eugênio. **Novo paradigma sanitário: a produção social da saúde**. In: **Por uma agenda para a saúde**. São Paulo: Hucitec- Abrasco, 1999.

MINISTÉRIO DA SAÚDE. Secretaria Nacional de Assistência à Saúde. **ABC do SUS. Doutrina e Princípios**. Brasília, 1990.

NETTO, José Paulo. **Ditadura e Serviço Social**. São Paulo: Cortez, 1991.

NOGUEIRA, A. C. C. **Política de saúde e seus desdobramentos no acesso aos serviços de alta complexidade: um estudo sobre mulheres matriculadas no HC III/INCA**. Dissertação de mestrado, Universidade Federal Fluminense - UFF, 2009.

NOGUEIRA, A. C. C. ; SILVA . **Serviço Social e Oncologia: algumas considerações sobre determinantes sociais do adoecimento**. In: XX Seminario Latinoamericano de Escuelas de Trabajo Social, 2012, Córdoba - Argentina. Desafios del contexto latinoamericano al campo del trabajo social, 2012. Disponível em [http://200.16.30.67/~valeria/xxseminario/datos/2/2brBatistaSilva\\_stamp.pdf](http://200.16.30.67/~valeria/xxseminario/datos/2/2brBatistaSilva_stamp.pdf). Acesso em 28/01/2015.

NOGUEIRA, A. C. C. **Política de saúde e seus desdobramentos no acesso aos serviços de alta complexidade: um estudo sobre mulheres matriculadas no HC III/INCA**. Dissertação de mestrado, Universidade Federal Fluminense - UFF, 2009.

NOGUEIRA, Vera Maria Ribeiro; MIOTO, Regina Célia Tamasco. **Desafios atuais do Sistema Único de Saúde- SUS e as exigências para os assistentes sociais**. In: MOTA, Ana Elizabeth. Et al. (orgs.) *Serviço Social e saúde- formação e trabalho profissional*. São Paulo: Cortez, 2006, p218-240.

NORONHA, José Carvalho de; SOARES Laura Tavares. **A política de saúde no Brasil nos anos 90**. Ciências & saúde coletiva, 2001, vol.6, no.2, p.445-450. ISSN 1413-8123.

ORTIZ, Fatima Grave. **Desafios contemporâneos para o serviço social: algumas reflexões**. In Revista Libertas. Juiz de Fora, v.6 e 7, n.1 e 2, p.1-31, jan-dez/2006, jan-dez/2007.

PAIM, J. S. **Desafios para a saúde coletiva no século XXI**. Salvador: EDUFBA, 2006.

PAIM, Jairnilson Silva. **Bases conceituais da reforma sanitária brasileira**. In: **Saúde e democracia: a luta do CEBES**. São Paulo: Lemos editorial, 1997, p.11-24.

PAIM, Jairnilson; TRAVASSOS, Claudia; ALMEIDA, Celia; BAHIA, Ligia; MACINKO, JAMES. **O sistema de saúde brasileiro: história, avanços e desafios**. *The Lancet*, [online] 9 May, 2011. Disponível em: [http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/artigos/artigo\\_saude\\_brasil\\_1.pdf](http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/artigos/artigo_saude_brasil_1.pdf) Acesso em: 17/09/2014

PAIM, JS. **Modelos de Atenção à Saúde no Brasil**. In: Giovanella L, organizadora. **Políticas e Sistema de Saúde no Brasil**. Rio de Janeiro: Fiocruz; 2008. p. 547-573.

PFEIFER, Mariana. **A perspectiva neodesenvolvimentista do Estado brasileiro e as políticas sociais**. Em Marx e o Marxismo 2013: Marx hoje, 130 anos depois. Universidade Federal Fluminense – Niterói – RJ. 2013. Núcleo Interdisciplina de Estudos e Pesquisas sobre Marx e marxismo. Disponível em:

<http://www.uff.br/niepmarxmarxismo/MManteriores/MM2013/Trabalhos/Amc391.pdf>

Acesso em: 12/03/2015

\_\_\_\_\_. Portaria nº 874/GM/MS, de 16 de maio de 2013

\_\_\_\_\_. Portaria nº 2.439/GM de 8 de dezembro de 2005.

REZENDE, I. e CAVALCANTI, L. F. (orgs.). **Serviço Social e Políticas Sociais**. Rio de Janeiro: Editora UFRJ, 2006

RIBEIRO, Eduardo Augusto Werneck. **A geopolítica da saúde: leituras para a geografia**. Disponível em: <[http://egal2009.easyplanners.info/area01/1166\\_Werneck\\_Ribeiro\\_Eduardo\\_Augusto.doc](http://egal2009.easyplanners.info/area01/1166_Werneck_Ribeiro_Eduardo_Augusto.doc)>. Acesso em: 11/09/2014.

SANTOS. E.T. **O acolhimento como um processo de intervenção do Serviço Social junto a mulheres em situação de violência**. 2006 – Trabalho de Conclusão de Curso. Universidade Federal de Santa Catarina. Departamento de Serviço Social.

SANTOS, Jair Lício Ferreira; WESTPHAL, Marcia Faria. **DOSSIÊ SAÚDE PÚBLICA: Práticas emergentes de um novo paradigma de saúde: o papel da universidade**. São Paulo: Estudos avançados. Vol. 13 n°35. Jan/Abril, 1999. Disponível em: < [http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0103-40141999000100007](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0103-40141999000100007)>. Acesso em: 11/09/2014.

SANTOS, Wanderley Guilherme dos. **Cidadania e justiça: a política social na ordem brasileira**. Rio de Janeiro, Ed. Campus, 1979, 138p.

SILVA, Tereza Cristina Ferreira e REIS, Tatiane Cristina da Paixão. **Serviço Social e atenção integral à saúde da mulher. Considerações sobre a ação profissional no Serviço de Ginecologia do HFB**. 2010. Disponível em: <http://genteprabrilhar.blogspot.com.br/2010/12/servico-social-e-atencao->

[integral-saude.html](http://integral-saude.html) Acessado em 27/01/2015

SOARES, L.T. **Ajuste Neoliberal e Desajuste Social na América Latina**. Petrópolis, RJ: Vozes, 2001.

VASCONCELOS, Ana Maria de. **Serviço Social e Prática Reflexiva**. Em: Em Pauta – Revista de Serviço Social da UERJ, Rio de Janeiro, nº 10, p.131-181, UERJ, 1997.

VENTURA, Miriam. **Direitos reprodutivos no Brasil**. 3ª edição. Brasília- DF. Unfpa,2009.

VIDAL, Dolores Lima da Costa. **Demanda reprimida: Acesso aos serviços de saúde e Serviço Social**. Serviço Social e Sociedade, n. 94, p.133 -153. Cortez: São Paulo,2008.

WÜNSCH FILHO et. al. **Perspectivas da investigação sobre determinantes sociais em câncer**. Physis: Revista de Saúde Coletiva, v.18, n.3, Rio de Janeiro, 2008. Disponível em:  
<http://www.scielo.br/pdf/physis/v18n3/v18n3a04.pdf>. Acesso em 31/01/2015